



**Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana**



**Relatório de Estágio  
Intervenção Psicomotora na Associação para Apoio à  
Criança com Necessidades Educativas Especiais de Velas  
- Centro de Atividades Ocupacionais -**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de  
Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientador:** Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

**Júri:**

**Presidente:**

Professora Doutora Elisabete Alexandra Pinheiro Monteiro

**Vogais:**

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

**Ana Paula da Silveira Soares**

**Julho de 2016**



**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Motricidade Humana**



## **Agradecimentos**

---

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Sofia Santos por toda a sua disponibilidade, carinho e atenção, pelos inúmeros e-mails trocados a todas as horas do dia, pela orientação clara, eficaz e cuidada de todo o processo de estágio e pela excelente calendarização e organização do processo, que fizeram com que fosse possível conciliar todo o trabalho que este ano acarretou.

À Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais de Velas e a todos os seus funcionários, pela total disponibilidade, partilha de experiências e conhecimentos, e especialmente por me deixarem fazer parte desta família.

Aos clientes do Centro de Atividades Ocupacionais da Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais de Velas, e respetivos Prestadores de Cuidados, pela partilha e experimentação de vivências, e pela confiança, sem a qual este estudo não teria sido possível.

À minha orientadora local, e irmã, Dr. Vanda Soares, pela orientação, perseverança, transmissão de conhecimentos, chamadas de atenção, feedbacks e partilhas.

A todos os Professores que fizeram parte dos meus quatro anos de formação, e em específico à Professora Paula Lebre, Professora Cristina Espadinha, Professora Teresa Brandão e Professor Pedro Morato, que em muito contribuíram através da comunicação das suas visões e estudos, para a realização deste trabalho.

À Dra. Alda Portugal pela partilha de conhecimentos e pela cedência da Escala de Avaliação da Comunicação na Parentalidade (COMPA),

À Dra. Sara Albuquerque pela cedência da versão Portuguesa do Instrumento de Avaliação “Impact Family Scale”,

E, por último, mas não menos importante, agradeço à minha família e amigos por todo o apoio dado desde sempre, por toda a paciência e carinho revelados, assim como o encorajamento nos momentos mais difíceis,

o meu Muito Obrigado!

## Resumo

---

O presente relatório apresenta o Estágio realizado no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, na Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais, mais especificamente na valência do Centro de Atividades Ocupacionais, no Concelho de Velas, Açores, cuja população-alvo apresenta essencialmente Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. O estágio curricular inclui a caracterização do contexto de atuação, e a reflexão crítica do processo de formação que compreendeu três áreas de atuação: avaliação, planeamento e intervenção. A avaliação dos clientes, efetuada através de escalas e instrumentos validados, que permitiram a elaboração de planos de intervenção individuais, e a sua concretização sob a forma da intervenção psicomotora individual e grupal, em diversos contextos como ginásio, *snoezelen* e meio aquático, foram etapas vivenciadas ao longo deste ano letivo, e descritas no atual documento. Foi, ainda, elaborado um Projeto de Intervenção no campo da Dançoterapia em concomitância com a Intervenção Familiar. Finalmente, são também apresentadas as principais conclusões e reflexões resultantes de toda a experiência de estágio.

**Palavras-chave:** Psicomotricidade, Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, Avaliação, Planeamento, Intervenção Psicomotora, Dançoterapia, *Snoezelen*, Terapia Psicomotora em Meio Aquático, Funcionalidade, Qualidade de Vida



## Abstract

---

This report presents the Internship accomplished, within Master's Degree in Reabilitação Psicomotora of Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, in the Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais, more specifically in the Centro de Atividades Ocupacionais setting, in Velas, Azores, with adults with Intellectual and Developmental Disabilities. The internship represents a crucial tool to help the trainee in the transition for the professional reality, being the key for the acquisition of personal and professional competences. The institution' characterization, introduces the critical reflection of the training process that includes three different areas: evaluation, planning and intervention. The clients' evaluation, through validated instruments, the planning and operationalization of psychomotor intervention plans (in several settings such as gym, snoezelen and pool) were some steps experienced. It was also developed an intervention project focused on dance therapy and family intervention. Finally, were drawn some conclusions and reflections about the internship experience.

**Keywords:** Psycomotricity, Intellectual and Developmental Disabilities, Evaluation, Planning, Psychomotor Intervention, Dancetherapy, Snoezelen, Aquatic Therapy, Functionality, Quality of Life

## Índice

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>II</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>III</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>IV</b>
<b>Índice de Tabelas .....</b>	<b>VII</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>VII</b>
<b>Abreviaturas .....</b>	<b>VIII</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>A Instituição antes da entrada da Estagiária .....</b>	<b>11</b>
<b>Enquadramento Teórico e Institucional .....</b>	<b>11</b>
<b>Caracterização da Instituição .....</b>	<b>11</b>
<b>Caracterização da População-Alvo .....</b>	<b>17</b>
Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental .....	17
Trissomia 21 .....	23
Epilepsia .....	26
<b>Intervenção Psicomotora .....</b>	<b>29</b>
Intervenção Psicomotora na DID .....	31
Contextos de Intervenção .....	34
Intervenção Psicomotora no CAO de Velas .....	35
<b>A Instituição durante a intervenção da Estagiária .....</b>	<b>36</b>
<b>A Intervenção Psicomotora na AACNEE de Velas .....</b>	<b>36</b>
Calendarização e Organização .....	36
Caracterização dos Clientes Apoiados – Grupos de Intervenção .....	37
Instrumentos .....	42
Resultados da Avaliação .....	49
Resultados dos clientes/grupos .....	52
<b>Estudo de Caso .....</b>	<b>61</b>
O R. ....	62
Avaliação .....	62
Perfil Intraindividual .....	67
Intervenção .....	69
Discussão de Resultados e Estratégias para o Futuro .....	70
<b>Atividades Complementares .....</b>	<b>72</b>
<b>A Instituição após a atuação da Estagiária .....</b>	<b>74</b>
<b>Projeto de Intervenção .....</b>	<b>74</b>
Introdução .....	74
Intervenção na Família .....	75
A Parentalidade e o Stress Parental .....	77
Corpo como Instrumento Terapêutico – Dançoterapia e Contato-Improvisação .....	79
Programa de Dançoterapia .....	84
Considerações Finais .....	87
<b>Análise da Intervenção da Estagiária .....</b>	<b>88</b>
<b>Reflexão Final e Conclusão .....</b>	<b>91</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>104</b>
<b>Anexo A – Plano Semanal de Atividade .....</b>	<b>104</b>

<b>Anexo B – Minuta Consentimento Informado.....</b>	<b>105</b>
<b>Anexo D – Plano de Sessão IPM e AMA (Grupo).....</b>	<b>113</b>
<b>Anexo E - Plano Sessão TPMA .....</b>	<b>117</b>
<b>Anexo F – Plano Sessão Estimulação Multissensorial/Snoezelen.....</b>	<b>120</b>
<b>Anexo G – Plano de Sessão Expressão e Movimento .....</b>	<b>123</b>
<b>Anexo H – Plano Sessão IPM - Estudo de Caso.....</b>	<b>127</b>
<b>Anexo I – Plano Sessão Projeto Intervenção (1ª Fase).....</b>	<b>130</b>
<b>Anexo J – Caracterização dos Clientes.....</b>	<b>133</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Sistematização Atividades Regulares (AACCCNEE, 2015) .....	16
Tabela 2 - Sistematização Atividades Não Regulares (AACCCNEEc, 2015a).....	17
Tabela 3 - Sistematização Fatores de risco da DID (Schalock et al., 2010). ....	19
Tabela 4 - Horário Semanal do Estágio .....	36
Tabela 5 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões Individuais de Intervenção Psicomotora. ....	49
Tabela 6 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões Grupais de AMA de Intervenção Psicomotora. ....	49
Tabela 7 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões de Terapia Psicomotora em Meio Aquático. ....	50
Tabela 8 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões de Iniciação à Natação. ....	50
Tabela 9 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões de Estimulação Multissensorial/Snoezelen.....	50
Tabela 10 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões de Expressão e Movimento. ...	51
Tabela 11 - Síntese das principais evoluções dos clientes nos diferentes contextos de atuação.....	53
Tabela 12 - Síntese dos Resultados da Reavaliação/Evolução dos Clientes.....	54
Tabela 13 - Resumo Cotações Brutas dos 10 clientes nos dois momentos de avaliação	56
Tabela 14 - Síntese Resultados Aplicação DAP nos dois momentos de avaliação.....	58
Tabela 15 - Resultados obtidos pelo R. na ECAP, nos dois momentos de avaliação .....	63
Tabela 16 – Resultados Pontuação Bruta Aplicação EIA .....	65
Tabela 17 - Resultados Aplicação EPR - Avaliação Final e Inicial .....	65
Tabela 18 - Resultados Aplicação BPM nos dois momentos de avaliação .....	66
Tabela 19 - Objetivos Gerais e Específicos PII - Domínios Autonomia e Funcionalidade	67
Tabela 20 - Objetivos Gerais e Específicos PII - Domínios Motricidade Global e Fina ....	68
Tabela 21 - Objetivos Gerais e Específicos PII - Fortalecimento Muscular .....	68
Tabela 22 - Objetivos Gerais e Específicos PII - Domínio Estimulação Sensorial.....	68
Tabela 23 - Objetivos Gerais e Específicos PII - Domínios Interação Social e Comunicação .....	69
Tabela 24 - Exemplos de Atividades Intervenção Estudo de Caso .....	70
Tabela 25 - Síntese das Aquisições evidenciadas pela Reavaliação .....	71
TABELA 26 - OBJETIVOS GERAIS 1ª FASE PROJETO INTERVENÇÃO .....	85
Tabela 27 - Exemplos Atividades Programa 1ª Fase Projeto de Intervenção.....	85
Tabela 28 - Objetivos Gerais 2ª Fase Projeto Intervenção .....	86
Tabela 29 - Exemplos Atividades Programa 2ª Fase Projeto de Intervenção.....	87

## Índice de Figuras

Figura 1 - Fotografia Ilha de São Jorge - Ponta dos Rosais.	11
Figura 2 - Fachada e entrada AACCCNEE	11
Figura 3 - Organigrama AACCCNEE de Velas (AACCCNEE, 2015b)	12
Figura 4 - Montagem de fotografias AACCCNEE (Jardim Exterior, Sala de Convívio, Sala de Trabalhos, Ginásio)	15
Figura 5 - Classificação das Crises Epiléticas ILAE (Guilhoto, 2011)	27

## Abreviaturas

---

AACNNEE – Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais  
AF – Avaliação Final  
AI – Avaliação Inicial  
AMA – Atividade Motora Adaptada  
AVD's – Atividades de Vida Diária  
BOT – Bruininks-Oseretsky Test  
BPM – Bateria Psicomotora  
CA – Comportamento Adaptativo  
CAO – Centro de Atividades Ocupacionais  
COMPA – Escala de Avaliação da Comunicação na Parentalidade  
COMPA-A - Escala de Avaliação da Comunicação na Parentalidade (7 aos 11 anos)  
COMPA-C - Escala de Avaliação da Comunicação na Parentalidade (12 aos 18 anos)  
COMPA-P - Escala de Avaliação da Comunicação na Parentalidade (Versão para Pais)  
DTO. – Direito  
DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental  
ECA – Escala de Avaliação do Comportamento Adaptativo  
ECAP – Escala de Avaliação do Comportamento Adaptativo (Versão Portuguesa)  
EIA – Escala de Intensidade de Apoios  
EIF – Escala de Impacto Familiar  
EPR – Escala Pessoal de Resultados  
ESQ. – Esquerdo  
ILAE - *International League Against Epilepsy*  
ICP - Intervenção Centrada na Família  
IPM – Intervenção Psicomotora  
IP – Intervenção Precoce  
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social  
ISP – Índice de Stress Parental  
M.I. – Membro Inferior  
M.S. – Membro Superior  
NEE – Necessidades Educativas Especiais  
PII – Plano Individual de Intervenção  
PM – Psicomotricidade  
POS – *Personal Outcomes Scale*  
QV – Qualidade de Vida  
TPMBO-FR – Teste Avaliação Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (Forma Reduzida)  
T21 – Trissomia 21  
RCAP - Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais  
RP – Reabilitação Psicomotora  
SNC – Sistema Nervoso Central

## Introdução

---

O presente Relatório de Estágio do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), integra-se no Plano Curricular do 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM), pela Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade de Lisboa, de acordo com o Despacho n.º 10099/2009 publicado no Diário da República, 2ª Série – nº 73 - de 15 de Abril de 2009.

De acordo com o seu Regulamento (Artigo 2º. RIRACP, 2016), o estágio em causa tem como objetivos gerais estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito multidisciplinar da Reabilitação Psicomotora, desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação dos serviços no âmbito da intervenção, bem como desenvolver a capacidade de prestar um contributo inovador a nível de conhecimentos e práticas, dando ao estagiário oportunidades e ferramentas que suscitem o desenvolvimento de novas práticas.

A aprendizagem de competências e treino proporcionados pelo RCAP ocorrem nos domínios de intervenção pedagógico-terapêutica (avaliação e elaboração do perfil intraindividual, planeamento, conceção e avaliação de programas de intervenção, e identificação dos fatores de contexto que possam surgir como barreiras ou facilitadores do desenvolvimento do cliente), de relação com outros profissionais (participação nas avaliações, conceção de planos e programas de intervenção dando contributos importantes no seio de uma equipa multidisciplinar), e finalmente no âmbito da relação com a comunidade, onde se pretende a integração, tanto ao nível da orientação e aconselhamento na intervenção, como na dinamização de projetos e realização de eventos (Artigo 2º, RIRCAP, 2016).

Primeiro que tudo, torna-se importante referir que o estágio retratado neste relatório é um Estágio Autoproposto, que teve lugar na Associação de Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais (AACCCNEE) de Velas, na valência do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), com uma população, maioritariamente, com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), nos mais variados contextos, tais como Intervenção Psicomotora, sessões individuais e de grupo, Estimulação Multissensorial e *Snoezelen*, Terapia Psicomotora em Meio Aquático, e Apoio ao nível da Atividade Motora Adaptada e Atividades Recreativas e Lazer. Esta oportunidade permitiu à mestranda aprofundar competências e técnicas de avaliação, planeamento e intervenção no âmbito das Perturbações do Desenvolvimento, em específico na área da Funcionalidade e Qualidade de Vida (QV).

Este relatório pretende dar a conhecer toda a atividade desempenhada pela mestranda, e para o efeito encontra-se organizado de uma forma sequencial, descrevendo o funcionamento da valência em causa em três momentos distintos: antes, durante e após a intervenção da Estagiária. Numa primeira fase é feita a caracterização da instituição em causa – AACCCNEE de Velas e feita uma alusão às principais características dos diagnósticos encontrados, neste caso as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), onde é feita uma ponte em específico com os casos com quem se trabalhou na Associação. Após completa a caracterização da instituição e da população, torna-se necessário aprofundar o seu funcionamento e perceber até que ponto a Intervenção Psicomotora se encontrava presente no seu dia-a-dia e contextos, anteriormente à entrada da Estagiária. Ainda no Enquadramento Teórico e Institucional é importante abordar a avaliação e a sua importância, especificando a avaliação psicomotora e quais os instrumentos utilizados. Na segunda fase, totalmente destinada à Prática, é descrita toda a metodologia inerente ao estágio (forma de organização do estágio desde as sessões de observação não sistemática até à intervenção propriamente

dita, horário, organização, funcionamento, intervenção em contexto individual e grupal), e mais especificamente a descrição do estudo de caso. Numa terceira fase do relatório, e projetando a marca que a Estagiária deixou na Instituição, é abordado o Projeto de Intervenção, que se focou essencialmente no trabalho com os prestadores de cuidados, através da Dançoterapia, para uma redução dos níveis de stress e melhoria nas estratégias de *coping* e relação. Finalmente, numa última fase, é feita a avaliação qualitativa do estágio, fazendo uma alusão a toda a intervenção da mestranda e especificando pontos a melhorar e expetativas para o futuro.

## A Instituição antes da entrada da Estagiária

### Enquadramento Teórico e Institucional

Tal como referido anteriormente, a instituição onde decorreu o estágio foi a Associação de Apoio à Criança Com Necessidades Educativas Especiais (AACCNEE), na valência do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), pelo que em seguida, será feita a sua descrição, para uma melhor contextualização da atividade desenvolvida.

#### Caracterização da Instituição

A AACCNEE encontra-se situada na Ilha de São Jorge (Figura 1), Arquipélago dos Açores. A ilha de São Jorge, uma das nove que compõe o Arquipélago, faz parte do Grupo Central, e fica geograficamente situada a 38° 29' N 28° 10'. A ilha tem 53 km de comprimento e 8km de largura, sendo a sua área total de 237,59 km<sup>2</sup>, compreendendo uma população de cerca de oito mil habitantes (PORDATA, 2014; SREA, 2014). Esta ilha encontra-se dividida em dois Concelhos, Velas e Calheta, cada um destes com seis e cinco Freguesias, respetivamente. De origem vulcânica, a ilha de São Jorge é caracterizada pelas suas oitenta e uma Fajãs, que são místicos pedaços de terreno plano, em geral cultivável, de pequena extensão, situados à beira-mar, formado por materiais desprendidos das arribas ou por deltas lávicos resultantes da penetração no mar de escoadas de lava provenientes da vertente (Lima, Nunes, Medeiros e Ponte, 2011). É nesta ilha, no Concelho e Freguesia de Velas, que se situa a sede da AACCNEE.

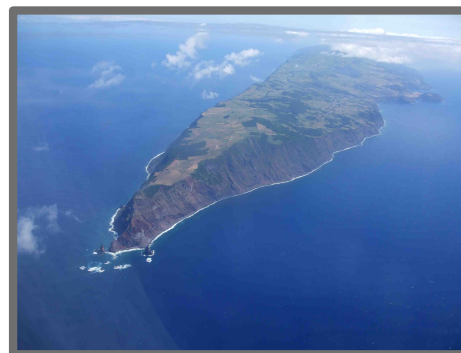


Figura 1 - Fotografia Ilha de São Jorge - Ponta dos Rosais.

A AACCNEE do Concelho de Velas (Figura 2) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, nos termos do Estatuto das IPSS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de Novembro e suas posteriores alterações pelo Decreto-Lei n.º 76/2015 de 28 de Julho. Esta Associação rege-se também pelo Estatuto aprovado pelo Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro, adaptado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 26/84/A, de 28 de Agosto à Região Autónoma dos Açores.



Figura 2 - Fachada e entrada AACCNEE

Com a **visão** de ser uma entidade de referência na economia social, na inovação das práticas de intervenção e gestão sustentável e uma organização de excelência e referência na construção de uma sociedade inclusiva, a AACCNEE surgiu através de uma parceria entre pais e professores de Educação Especial, em Janeiro de 1994, com o intuito de colmatar a lacuna do ensino regular em dar resposta aos alunos com



Necessidades Educativas Especiais (NEE). Começou por ser apenas uma Escola de Ensino Especial, aceitando somente crianças e jovens em idade escolar. Mais tarde, face à falta de resposta da comunidade para dar resposta às necessidades de indivíduos fora da idade escolar, no Ano Letivo 2007/2008, a Associação passou de Escola de Ensino Especial para se tornar oficialmente um Centro de Atividades Ocupacionais, tendo-se mantido esta valência até então (AACCNEE, 2015).

Com Sede na Rua Cunha da Silveira, Concelho de Velas, a presente Associação tem como principal objetivo o apoio a crianças, jovens, adultos e idosos com necessidade de apoios, promovendo o respeito pelos seus direitos e proporcionando uma maior e melhor integração e participação dos mesmos na comunidade. A sua **missão** passa por integrar, educando, reabilitando e cuidando, ao longo da vida, os clientes e as suas famílias, com excelência e sustentabilidade, suportada por **valores** como o **respeito pela pessoa**, pautando a sua conduta por princípios de respeito, cordialidade, responsabilidade, igualdade, inclusão, confiança e transparência na relação com todos os intervenientes; **qualidade e excelência**, procurando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, tendo em conta as necessidades e expectativas de todos os intervenientes; **cooperação** dispendo de um serviço humanizado, baseado no respeito pelo próximo. Através do esforço coletivo e do trabalho em rede, valorizando a complementaridade, as competências e as realizações individuais em prol da sua missão, a Associação procura alcançar a multidisciplinaridade; **responsabilidade social**, co-responsabilizando-se todos os intervenientes para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva; **inovação e empreendedorismo**, mostrando uma abertura à mudança, promovendo o desenvolvimento de novas ideias nas áreas da reabilitação/habilitação, do ambiente e das tecnologias de informação e comunicação transformando, em permanência, o contexto se insere; **autodeterminação**, acreditando que o cliente tem a capacidade de decidir livremente o seu projeto de vida, e facilitando o acesso aos recursos necessários para as suas próprias escolhas; e **paixão**, dedicando-se aos objetivos a que se propõe, salvaguardando sempre em primeiro lugar os interesses do cliente, insistindo e criando novas soluções (AACCNEE, 2015; 2015a)

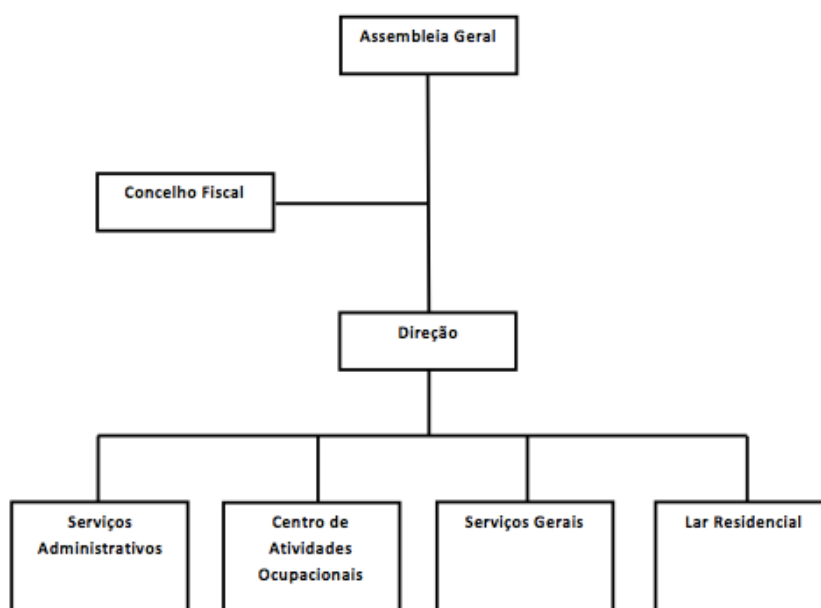


Figura 3 - Organograma AACCNEE de Velas (AACCNEE, 2015b)

O organograma (Figura 3) da Associação contempla uma Assembleia Geral (constituída por todos os sócios admitidos, há pelo menos seis meses, que tenham as quotas em dia e não se encontrem suspensos), um Conselho Fiscal (composto por um Presidente e dois Vogais), e uma Direção (composta por um Presidente, Vice-presidente, Secretário, Tesoureiro e Vogal) que coordena os Serviços Administrativos, o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), o Lar Residencial, e os Serviços de Alimentação, Refeitório e Limpeza (AACCNEE, 2015b).

A AACCNEE tem assim, atualmente, duas valências: o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) e o Lar Residencial, ambos com lugar na sede da associação, e com capacidade para vinte clientes no CAO e oito no Lar Residencial, a partir dos 16 anos (sendo que em casos excecionais pode prestar apoio a crianças e jovens com idades inferiores). Atualmente, o CAO presta serviços a catorze clientes, e o Lar Residencial, valência que apenas iniciou o seu funcionamento recentemente e ainda se encontra numa fase inicial de organização, prestando apoio apenas a dois clientes, em regime temporário (AACCNEE, 2015a).

No que diz respeito ao funcionamento do CAO, dado ter sido a valência onde se inseriram as atividades de estágio, e de acordo com AACCNEE (2015a), as atividades ocupacionais constituem uma modalidade de ação social, exercida pelo sistema de segurança social, que visa a valorização pessoal e a integração social de pessoas com DID, permitindo o desenvolvimento das suas capacidades sem vinculação e exigências de rendimento profissional ou de enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral (artigo 16.º do Decreto-Lei n.º18/89). São objetivos dos CAO estimular o desenvolvimento possível das capacidades remanescentes das pessoas com necessidades especiais de apoios, facilitando a sua integração social e o seu encaminhamento, sempre que possível, para programas adequados de integração sócio profissional (AACCNEE, 2015b).

Os serviços prestados pela valência CAO da AACCNEE passam por: atividades de reabilitação, atividades de estimulação psicomotora, alimentação, convívio, cuidados de higiene, recreio e lazer, transporte e outras atividades, sendo que a participação nestas atividades fica condicionada às necessidades específicas de cada cliente, devidamente apuradas pela Equipa Técnica, liderada pela Coordenadora Interna. Esta equipa é responsável pela tomada de todas as decisões que dizem respeito ao funcionamento interno do CAO, sempre tendo em conta a opinião das Ajudantes de Reabilitação que trabalham diretamente com os clientes, e passando sempre também pelo parecer da Direção (AACCNEE, 2015b).

Ainda de acordo com AACCNEE (2015a), as atividades ocupacionais podem compreender *atividades socialmente úteis* (proporcionam valorização pessoal e o máximo aproveitamento das capacidades da pessoa, no sentido da sua autonomia, facilitando uma possível transição para programas de integração socioprofissional) e *atividades estritamente ocupacionais* (visam manter a pessoa ativa e interessada, favorecendo o seu equilíbrio físico, emocional e social). Estas devem ser organizadas de forma personalizada, tendo em atenção o tipo de tarefas a desempenhar e as necessidades individuais. Neste ponto é importante referir também que a realização das atividades socialmente úteis pressupõe a aceitação das condições de realização e a autorização escrita, através de consentimento informado solicitado ao responsável legal de cada cliente.

É importante referir que, devido à mudança recente para novas instalações com a abertura da nova valência – Lar Residencial, cedidas pela Santa Casa da Misericórdia de Velas, todos os dados acerca do funcionamento interno como os horários, número de funcionários e distribuição dos mesmos, recursos físicos e materiais, e também o número

de clientes, podem sofrer alterações. Em termos de Recursos Humanos, o CAO conta atualmente, a tempo integral, com quatro Ajudantes de Reabilitação, duas Auxiliares de Serviços Gerais, uma Escriturária, um Motorista e dois Técnicos Superiores (e no presente ano, a Estagiária de 2ºciclo de Reabilitação Psicomotora (RP)), sendo os vencimentos assegurados pela Direção Regional da Segurança Social. A tempo parcial o CAO conta com o apoio de um Fisioterapeuta, um Psicólogo e um Terapeuta da Fala, cedidos em protocolo com Centro de Saúde de Velas (AACCNNEE, 2015a).

A sede da AACCNNEE funciona num edifício com uma área total de 1080m<sup>2</sup>, tendo o CAO uma área de 634m<sup>2</sup>, e o Lar Residencial uma área de 446m<sup>2</sup>. No que diz respeito aos recursos físicos específicos do CAO, este dispõe das seguintes instalações: refeitório (44,40m<sup>2</sup>), copa (8m<sup>2</sup>), seis casas de banho com balneário e fraldário (13,90m<sup>2</sup>), sala de convívio (54,70m<sup>2</sup>), sala de trabalhos (27,40m<sup>2</sup>), sala de *snoezelen* (13,60m<sup>2</sup>), ginásio e sala de reabilitação (114m<sup>2</sup>), escritório (13,60m<sup>2</sup>), contando ainda com um elevador e um jardim de inverno (Plantas Edifício, 2015).

Como já mencionado, em Outubro de 2015 a sede da Associação, e as respetivas valências passaram para um novo edifício que foi totalmente reconstruído e remodelado para este propósito, com o apoio do Governo Regional dos Açores, pelo que todos os espaços físicos acima mencionados são totalmente novos e em excelentes condições, pensados de forma específica para este tipo de população (Figura 4) (AACCNNEE, 2015a; Plantas Edifício, 2015).

Ainda no que toca aos espaços e recursos físicos, será feita uma descrição generalizada de cada um deles, bem como das atividades lá desenvolvidas. O **refeitório** é um espaço amplo com mesas circulares, decorado com trabalhos feitos pelos clientes, onde são feitas as refeições (almoço e lanche sendo, por vezes, também utilizado para a realização das Atividades Regulares, na Oficina de Serviços Gerais e de Atividades de Vida Diária (AVD's), bem como em todo o tipo de comemorações e festas. A **copa** representa uma pequena sala com todos os eletrodomésticos necessários à manutenção das refeições, com uma pequena mesa de apoio, servindo também de apoio às Oficinas de Serviços Gerais, AVD's e Culinária, bem como espaço de convívio para os funcionários. As seis **casas de banho** encontram-se totalmente equipadas e adaptadas às necessidades dos clientes, duas são para o uso dos funcionários, e uma está equipada com duche adaptado e fraldário (Plantas Edifício, 2015).

O edifício dispõe de uma sala de grandes dimensões subdividida em duas áreas onde ocorrem as diferentes **Oficinas de Informática, Lúdicas e Conhecimento**, e por outro lado onde se encontram os cadeirões para descanso. Todas as áreas onde decorrem as diferentes Oficinas dispõem dos materiais necessários ao bom funcionamento das mesmas, incluindo materiais de apoio pedagógico, e desenvolvimento psicossocial. A **Sala de Snoezelen** é um espaço com menores dimensões e pouca luz, que compreende três colunas luminosas de água, fibras óticas, um baloiço, um colchão de massagem e um colchão via láctea, uma bola de espelhos, um projetor espacial e uma coluna de som. O **ginásio** é um espaço de grandes dimensões totalmente equipado com materiais de atividade motora adaptada. Parte do ginásio é utilizado com **Sala de Reabilitação**, equipada com uma marquesa elétrica, três *standing frames*, barras paralelas para o treino da marcha, um vestibulador, uma pedaleira, além de pequenos materiais como bolas de estimulação, bola suíça, rolos, bandas elásticas, entre outros (AACCNNEE, 2015b). Finalmente, o **escritório**, situado no piso superior, onde se encontram as instalações da outra valência da Associação, o Lar Residencial, encontra-se totalmente equipado com computador, impressora, fotocopadora e fax (Plantas Edifício, 2015).

No que diz respeito à admissão de clientes no CAO, é sempre tido em conta o diagnóstico médico-psicológico, a avaliação do estado físico, intelectual e social, e o ambiente familiar. Depois de vinculada a admissão, cabe à equipa técnica avaliar cada cliente através de um leque de instrumentos (e.g. Formulário de Admissão, Questionário de Anamnese, Escalas de Avaliação da Intensidade de Apoios, Comportamento Adaptativo, QV, Proficiência Motora) que visam traçar um perfil intraindividual e conceber um plano de desenvolvimento individualizado, e fazer, regularmente, uma análise da evolução do mesmo. As instalações desta valência funcionam das 8h às 18h, sendo que os horários dos funcionários são rotativos dentro das oito/sete horas estipuladas (AACNNEE, 2015a).

Ainda segundo AACNNEE (2015a), e para um funcionamento adequado, eficaz e com uma máxima abrangência, a Associação dispõe de parcerias com a *Casa de Repouso João Inácio de Sousa*, que presta ao CAO serviço de refeições diariamente; com o *Gimni Centro Health Club*, através do qual os clientes podem usufruir da piscina interior aquecida, sala de trabalho cardiorrespiratório e musculação e jacuzzi; com a *Escola Básica e Secundária de Velas* com o Núcleo de Educação Especial - UNECA Ocupacional, através da qual alguns clientes do CAO se deslocam à Escola para ter aulas de Inglês e Música, e os alunos da Escola que integram a UNECA Ocupacional se deslocam ao CAO para ter sessões de Atividade Motora Adaptada; com a Câmara Municipal de Velas, para os mais variados fins dos quais importa destacar a inserção no mercado de trabalho de alguns dos clientes; com o Centro de Saúde de Velas, em termos de cedência de recursos humanos a tempo parcial. Com o CAO do Concelho da Calheta, através da qual se organizam Oficinas semanais de Expressão e Movimento. Ocasionalmente, são feitas parcerias pontuais com diversos serviços do Município e da Ilha, destacando-se as parcerias com O Farol – CAO e a Creche da Santa Casa da Misericórdia de Velas para as Oficinas semanais de Expressão e Movimento.



**Figura 4 - Montagem de fotografias AACNNEE (Jardim de Inverno, Sala de Convívio, Sala de Trabalhos, Ginásio)**



Em termos do planeamento da Intervenção, este é feito tendo em conta a avaliação individual de cada cliente, realizada no início de cada ano, pelos Técnicos Superiores. Posterior à avaliação, são estabelecidos objetivos gerais e específicos para cada cliente dentro de cada uma das diferentes áreas (autonomia e funcionalidade, motricidade global e fina, estimulação sensorial e cognição, interação e comunicação), bem como janelas temporais para trabalhar esses mesmos objetivos, cuja duração depende do decorrer da intervenção e a resposta do cliente ao estímulo (AACCCNEE, 2015a).

A planificação anual do CAO é estabelecida pelo Coordenador e Equipa Técnica, obedecendo às modalidades de atividades ocupacionais e organizada de acordo com o perfil e as necessidades individuais dos seus clientes. Cada cliente teve um plano individual elaborado de acordo com as suas competências, interesses e perfil funcional. A avaliação, feita no período de acolhimento, é atualizada, sempre que necessário pela equipa técnica com a colaboração de todos os intervenientes, incluindo o cliente e os responsáveis legais, podendo ser consultado sempre que solicitado. Cada cliente possui então um processo individual, do qual constam para além da sua identificação pessoal, elementos sobre a situação social financeira, necessidades específicas, bem como outros elementos relevantes (AACCCNEE, 2015a).

Os objetivos a desenvolver para cada cliente são subdivididos pelas diferentes Oficinas que decorrem semanalmente, também denominadas por Atividades Regulares (tabela 1) e objetivam promover a participação e o envolvimento em atividades adequadas à fase da vida dos clientes, para a aquisição e/ou manutenção de competências para o desempenho de papéis em diversos contextos, promovendo a satisfação, a valorização e o crescimento pessoal dos clientes (AACCCNEE, 2015b).

**Tabela 1 - Sistematização Atividades Regulares (AACCCNEE, 2015)**

**ATIVIDADES REGULARES RELACIONADAS COM:**

<b>LAZER</b>	Oficina Lúdica
<b>ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA</b>	Oficina de Manualidades e Expressão Plástica
	Oficina de AVD's
	Oficina de Serviços Gerais/ <i>Transfer</i> Vida Ativa
	Oficina de Culinária
	Oficina de Jardinagem/Horta Biológica
<b>SAÚDE/ BEM-ESTAR INDIVIDUAL</b>	Oficina de Relaxamento e Massagem
	Oficina de Mobilização e Alongamento
	Oficina de Estimulação Multissensorial/ Snoezelen
	Sessões Individuais de Intervenção Psicomotora
	Terapia Psicomotora em Meio Aquático
	Atividade Motora Adaptada
	Oficina de Estética e Bem Estar
<b>COGNIÇÃO</b>	Oficina dos Sentidos
	Fichas Aquisição/Manutenção de Conhecimentos
	Oficina de Informática e Multimédia
<b>PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>	Saídas ao Exterior/Passeios
	Oficina de Corpo, Expressão e Movimento

São feitas reuniões semanais de Equipa onde são discutidas as atividades feitas durante a semana, realizados ajustes na Intervenção e cada Ajudante de Reabilitação/Técnico expõe as atividades pensadas para a semana seguinte, procedendo-se, igualmente, à discussão de casos. Trimestralmente, os Técnicos Superiores fazem uma reavaliação de cada cliente, de acordo com os objetivos e a linha temporal prevista no Plano Individual, e fazendo as respetivas alterações, se necessárias (AACCCNEE, 2015a).

Além das Atividades Regulares, o CAO compreende ainda um leque de Atividades Não Regulares, que acontecem esporadicamente e nos mais diversos contextos, enriquecendo o leque de experiências relacionadas com a participação social. A sua

proposta é realizada anualmente, procurando introduzir algumas alterações e ajustes de acordo com as avaliações realizadas no ano anterior. De seguida será apresentada uma síntese, sob a forma da tabela 2, das atividades que o CAO se propôs realizar no ano 2015/2016 (AACCNEE, 2015a), atividades estas que podem ter sido alteradas por razões externas.

**Tabela 2 - Sistematização Atividades Não Regulares (AACCNEEc, 2015a)**

ATIVIDADES NÃO REGULARES RELACIONADAS COM:

<b>PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>	→	Atividades sazonais	→	Época Balnear
	→	Atividades temáticas, comemorativas e épocas festivas	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pão por Deus</li> <li>- Feira de São Martinho</li> <li>- Dia Nacional do Pijama</li> <li>- Semana da Reflorestação</li> <li>- Feiras das Capacidades (Dia Mundial da Deficiência)</li> <li>- Festa de Natal</li> <li>- Desfile de Carnaval</li> <li>- Dia da Juventude (Pastoral Juvenil de São Jorge)</li> <li>- Dia Mundial da Árvore</li> <li>- Dia Mundial da Saúde</li> <li>- Dia Mundial da Dança</li> <li>- Caminhada/ Convívio Solidário da Primavera</li> <li>- Dia da Criança</li> <li>- Arraial São João</li> </ul>

Depois de feita a contextualização do âmbito do estágio surge a necessidade de enquadrar e caracterizar os diferentes tipos de populações encontrados durante a experiência.

### Caracterização da População-Alvo

A população-alvo do estágio em causa apresenta na sua maioria o diagnóstico de Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID) pelo que a fundamentação teórica que se segue centrar-se-á essencialmente na sua classificação, características e critérios de diagnóstico, prevalência e epidemiologia, culminando com uma sistematização das linhas de intervenção neste contexto. Tendo em conta que o número de casos com Epilepsia no local de estágio é relativamente significativo, esta problemática vai ser também abordada. Aproveita-se, ainda para fazer referência à Trissomia 21 (T21), dado ser o diagnóstico do estudo de caso.

## Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental

### Definição e Classificação

Ao longo dos tempos têm-se observado uma mudança de paradigma relativamente à DID, deixando a terminologia de *Deficiência Mental* para trás (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012b). A nova abordagem levou a uma mudança de mentalidades, aperfeiçoando intervenções, modificando expectativas e pensando acerca dos direitos de igualdade, encarando a dificuldade como algo que depende, não apenas do nível de limitação do indivíduo, mas da sua interação com o envolvimento (Santos e Morato, 2012b). A nova terminologia é mais inclusiva, reforça a relação entre indivíduo-envolvimento, coloca o foco na funcionalidade e centra-se nos apoios necessários a uma vida com qualidade (Morato e Santos, 2007; Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010;).

Ainda de acordo com Schalock et al. (2007), o novo conceito de DID caracteriza a pessoa como alguém que tem dificuldades, e que, através de uma intervenção bem estruturada e com os apoios necessários, se pode tornar mais autónomo e autodeterminado. Leva assim a uma mudança na forma como se encara a limitação, e na relevância que se lhe dá.

A DID descreve o funcionamento intelectual e adaptativo abaixo da média (dois desvio-padrão) em comparação com pessoas do mesmo escalão etário, afetando as áreas académica, física, funcional, social e emocional (Luckasson et al., 2002; Paasche, Gorrill e Strom, 2010; Schalock et al., 2007). Segundo o Manual de Classificação DSM-V (APA, 2013), a DID é classificada como uma Perturbação incluindo dificuldades funcionais, intelectuais e adaptativas, em consonância com a definição anterior, referindo três critérios de diagnóstico (APA, 2013):

- A. Limitações em funções intelectuais (e.g.: raciocínio, solução de problemas, planeamento e organização da ação, com repercussões ao nível das aprendizagens em todos os domínios da vida do indivíduo) medidas por avaliação clínica e testes de inteligência padronizados e individualizados;
- B. Limitações adaptativas em atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social, limitando as atividades de vida diária (AVD's), também avaliado por instrumentos válidos e fiáveis;
- C. Com início durante o período de desenvolvimento, até aos 18 anos de idade.

Ainda de acordo com o mesmo sistema de classificação os níveis de “gravidade” variam de acordo com os domínios conceptual, social e prático, podendo dentro de cada um destes domínios apresentar-se como leve, moderado, grave ou profundo (APA, 2013).

Com a passagem do foco da dificuldade da pessoa para o envolvimento e para a qualidade da sua interação, torna-se importante fazer alusão ao paradigma dos apoios, que defende que qualquer indivíduo que tenha os apoios necessários e adequados consegue ter uma participação ativa na comunidade envolvente (Santos e Morato, 2012b; Thompson et al., 2002, 2004).

O planeamento dos apoios necessários requer, não só a identificação das dificuldades e necessidades do indivíduo, como também os seus objetivos de vida, experiências e desejos (quando passíveis de verificar), sempre com o objetivo máximo de fomentar a participação, aumentar a funcionalidade e a QV do mesmo (Santos e Morato, 2008). Neste sentido, há que referir um conjunto de premissas a ser consideradas ao longo de todo o processo de diagnóstico, classificação e estabelecimento de um perfil de funcionalidade e consequente plano de intervenção, que passam essencialmente por perceber que todas as limitações e dificuldades estão inseridas num contexto, e variam de acordo com o mesmo, sendo que as diferenças culturais vão influenciar a participação, e que é importante ter em atenção toda a estrutura familiar e dinâmica das interações (Santos et al., 2009). Uma outra premissa, assenta no facto de que o indivíduo tem dificuldades, mas também capacidades, não podendo ser apenas classificado pela sua limitação. Estes pontos-chave vão culminar numa observação, sistematização e descrição do perfil individual, o que vai, posteriormente, ajudar na elaboração dos planos de intervenção (Santos e Morato, 2008; Santos e Morato, 2012b; Santos et al., 2009).

A determinação deste perfil, com enfoque na intensidade e natureza dos apoios necessários deve ter como objetivo promover a eficácia da intervenção, estando patente que a funcionalidade e QV da pessoa evoluem desde que sejam disponibilizados os apoios que esta necessita (Thompson et al., 2009). O tipo de apoios pode variar de acordo com a intensidade e frequência dos mesmos (Santos et al., 2009) e de acordo

com Thompson et al., (2004, 2009), classificam-se em **intermitentes**, utilizados apenas algumas vezes e em alturas específicas, podendo ser de baixa ou alta intensidade; **limitados**, importantes em períodos críticos e contínuos; **extensivos**, com controlo diário em certos contextos; e, finalmente, **permanentes**, que são contínuos, ininterruptos e de alta intensidade.

No caso específico da AACCCNEE, e fazendo referências às últimas duas décadas, não tem havido um acompanhamento da evolução do conceito de DID, e a ideia de inclusão, participação ativa na comunidade envolvente e inserção das famílias e prestadores de cuidados na intervenção dos clientes foram aspetos pouco trabalhados. Nos últimos anos, com a entrada de novos técnicos, com novas ideias, novas perspetivas e uma nova força, a Associação passou por uma reformulação que se organizou em função de uma participação mais ativa dos clientes na comunidade, que até então viviam, de certa forma, segregados, dentro do espaço físico do CAO, com pouco contacto com a sociedade. Estas novas reformulações estão a trazer inúmeros benefícios, tanto a nível individual, como ao nível do funcionamento interno da instituição. Um exemplo prático das repercussões que a mudança teve a nível individual passa, além de em muitos outros pontos, pela avaliação dos clientes, que, desde então foram avaliados por instrumentos validados nos mais variados domínios, através dos quais foi elaborado um Plano Individual de Intervenção (PII), nos quais as opiniões dos Técnicos, Ajudantes de Reabilitação e responsáveis legais, que mostraram interesse em participar, também foram tidas em conta, havendo todo um trabalho multidisciplinar. Já no que diz respeito ao funcionamento interno do CAO passou a haver um Coordenadora responsável por dirigir todo o trabalho da restante equipa, sendo agora semanais as reuniões de equipa, que até então aconteciam esporadicamente.

Um ponto ainda a melhorar, em muitos aspetos, é o envolvimento das famílias e prestadores de cuidados. Infelizmente, ainda em muitos casos, não existe uma vontade por parte dos mesmos em participar ativamente nas atividades do CAO, preferindo manter-se à parte. Este é sem dúvida um dos pontos mais importantes a desenvolver que irá ser também abordado nos próximos Capítulos deste documento.

### *Etiologia, Epidemiologia e Prevalência*

Os fatores que podem estar na origem da DID são de um espectro alargado. De acordo com uma linha temporal, a literatura refere três tipos de causas: pré-natais (e.g.: desordens cromossómicas, distúrbios dismórficos, erros de metabolismo congénitos, desordens no desenvolvimento da formação cerebral e influências tóxicas, entre outras), perinatais (e.g.: a insuficiência da placenta, desordens neonatais como septicemia e anoxias) e, pós-natais que incluem, para além de fatores orgânicos, razões sociais resultantes da privação sensorial (Einfield e Emerson, 2008).

Schalock et al., (2010) agrupam os fatores de risco, associando-os por períodos temporais de acordo com os domínios biomédico, social, comportamental e educacional (tabela 3).

**Tabela 3 - Sistematização Fatores de risco da DID (Schalock et al., 2010).**

<i>Períodos/Domínios</i>	<i>Biomédico</i>	<i>Social</i>	<i>Comportamental</i>	<i>Educacional</i>
<i>Pré-natal</i>	Desordens e síndromes genéticas, Desordens Metabólicas e cerebrais,	Pobreza, má nutrição materna, violência doméstica, falta de acesso a cuidados pré-natais;	Abuso de drogas e/ou álcool por parte dos pais, pais fumadores, imaturidade parental;	Dificuldades cognitivas por parte dos pais, falta de preparação parental;



**Tabela 3 (cont.) - Sistematização Fatores de risco da DID (Schalock et al., 2010).**

	Doença Materna e Idade Parental;			
<i>Perinatal</i>	Prematuridade, Lesão durante o parto e desordens neonatais;	Falta de acesso a cuidados neonatais;	Rejeição e abandono por parte dos pais;	Falta de cuidados médicos;
<i>Pós-natal</i>	Lesão cerebral, Má Nutrição, Encefalopatias, Convulsões e Doenças Degenerativas.	Falta de vínculo, falta de estimulação, pobreza, doenças crônicas, institucionalização.	Abuso infantil e negligência, violência doméstica, insegurança, privação social e dificuldades comportamentais.	Diagnóstico tardio, serviços de Intervenção Precoce, Educação Especial ou de Suporte Parental inadequados.

Cerca de 1% da população mundial tem DID e no caso de uma elevada necessidade de apoios, estima-se que a prevalência seja de 6 por cada 1000 pessoas, sendo maior a prevalência no género masculino (APA, 2013).

#### *Caracterização*

As manifestações de DID constituem um conjunto de dificuldades cognitivas e adaptativas bastante heterogéneo, sendo inquestionável a multiplicidade de características (Schalock et al., 2012), apesar da literatura apontar alguns traços mais comuns.

No **domínio conceptual** torna-se importante referir alguns traços mais característicos, como a assincronia do desenvolvimento cognitivo. A maioria das pessoas com DID apresenta limitações no funcionamento cognitivo, com níveis e dimensões variados, como lentidão no tratamento e processamento da informação, e consequentemente no planeamento e execução da ação, características que se manifestam, tipicamente, no fenótipo da T21, exemplo de DID que representa o estudo de caso do presente relatório (Lott e Dierssen, 2010).

A pessoa com DID apresenta dificuldades no pensamento simbólico e raciocínio abstrato, resolução de problemas complexos devido às limitações na organização e planeamento da ação, na compreensão e antecipação da causa-efeito, bem como dificuldades em manter a atenção e concentração (Burack, Hodapp e Zigler, 1998; Schalock et al., 2012; WHO, 2007), repercutindo-se em dificuldades académicas (Paasche et al., 2010) e menor autoconceito (Burack et al., 1998). As limitações ao nível das funções executivas (e.g.: regulação da atenção e concentração na tarefa comprometida, desenvolvimento da memória verbal de curto prazo afetada – Danielsson, Henry, Messer e Rönnberg, 2012; Schalock e Luckasson, 2004) associadas à fraca tolerância à frustração e dificuldades de perseverança e motivação irão repercutir-se ao nível da capacidade de abstração e atividade simbólica, na representação spatiotemporal, na autorregulação comportamental (e.g.: impulsividade), em dificuldades no processamento sequencial e sucessivo, entre outros (Burack et al., 1998). Ainda no domínio conceptual, ao nível da linguagem é importante referir a assincronia ao nível do desenvolvimento típico esperado para a sua idade, caracterizado

por ser mais lento e com maiores dificuldades de articulação, fonologia, imitação vocal e sintaxe expressiva abaixo da média (Burack et al., 1998; Harris, 2010; Jacobson, Mullick e Rojahn, 2007; Sartawi, AlMuhairy e Abdat, 2011). Os mesmos autores referem que a cognição não-verbal é mais forte do que a verbal, denotando-se dificuldades na produção do discurso (e.g: ecolálias), na aquisição de conhecimento sobre frases complexas do ponto de vista da construção gramatical (Santos e Morato, 2007), apresentando limitações na capacidade de compreender e de ser compreendido.

No caso específico da AACCCNEE, os problemas nesta área podem ser diversos, desde dificuldades na produção do discurso, passando por um discurso pobre e desorganizado, até à ausência total de linguagem verbal em alguns dos casos (Harris, 2010). De acordo com Santos e Morato (2007b, 2012) as pessoas com DID apresentam competências sociais pobres com dificuldades específicas em habilidades verbais e não-verbais, estando inerentes a estas dificuldades de compreensão e expressão. As dificuldades características da DID ao nível da fonologia e articulação geram divergências na articulação das palavras e na linguagem falada e escrita, repercutindo-se na utilização, comumente, de frases simples (Sartawi et al., 2011).

No **domínio prático**, Dykens, Hodapp e Evans (2006) referem que as pessoas com DID necessitam de mais tempo para o desenvolvimento das habilidades motoras básicas (e.g. marcha), podendo apresentar hipotonia, e reações posturais automáticas lentas que, por sua vez, vão prejudicar o equilíbrio. De acordo com Einfeld e Emerson (2008), e indo ao encontro da perspectiva de hierarquização neurofuncional de Fonseca (2007), os problemas de funcionamento motor e sensoriomotores são bastante comuns (Trancoso e Cerro, 2008), bem como as limitações nos processos de entrada da informação e de processamento cerebral. Assim, todos os sete fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, lateralização e praxias global e fina) se encontram, de alguma forma, afetados (Fonseca, 2007). Santos e Morato (2008, 2012a), exaltam a relação direta entre as limitações psicomotoras e as limitações adaptativas, reforçando a ideia de que uma intervenção ao nível psicomotor vai influenciar os restantes domínios afetados, que se verificaram na intervenção descrita, mais à frente, no Capítulo - A AACCCNEE durante a Intervenção da Estagiária. Na origem das dificuldades no desenvolvimento físico pode estar uma lentidão no desenvolvimento e maturação derivados de limitações na integração sensorial. Estes autores apontaram as questões de hipotonia (e.g.: T21) e os problemas de equilíbrio como sendo as áreas de maiores dificuldades nas pessoas com DID, como também as dificuldades no reconhecimento da lateralidade e o seu *transfer*, denotando-se uma desorganização na noção corporal que irá condicionar a aprendizagem espaciotemporal num nível maior de abstração, com dificuldades nas habilidades de coordenação motora e de manipulação dos objetos.

A população com DID apresenta comportamentos menos adaptativos nas AVD's (Santos e Morato, 2007; Santos e Morato, 2012; Sartawi et al., 2011), e estas dificuldades estão associadas ao comprometimento cognitivo, a menor qualidade e quantidade de estimulação e atitudes de superproteção e paternalistas (Santos e Morato, 2012). Os autores apontam para menores pontuações em domínios relativos à autonomia com dificuldades no funcionamento independente e na participação na comunidade, resultantes das limitações ao nível das habilidades motoras (tal como referido anteriormente), das dificuldades académicas (e.g.: operações matemáticas e noção de tempo), menor índice de responsabilidade, baixa produtividade e expectativas, entre outros (Sartawi et al., 2011).

De acordo com Harris (2010), no **domínio social**, é importante fazer referência às dificuldades comportamentais, com limitações na autorregulação dos comportamentos, limiares baixos de frustração, menor flexibilidade e capacidade de adaptação a novas

situações (Sartawi et al., 2011; Schalock et al., 2012). Ainda neste domínio, os autores referem dificuldades na percepção, compreensão, retenção e aquisição das regras sociais, afetando a interação com os pares e gerando uma vulnerabilidade social, que se pode manifestar por um isolamento social. Ao apresentar uma menor autonomia, o indivíduo com DID é rotulado pela sua baixa produtividade, capacidade de persistência e níveis de responsabilidade reduzidos, e consequentemente, a sua participação ativa na sociedade é comprometida (Schalock et al., 2012). Santos e Morato (2012) referem também dificuldades ao nível das regras e comportamentos sociais, e, consequentemente, na interação com os pares repercutindo-se numa tendência para a passividade na exploração do envolvimento. Ainda os mesmos autores apontam para a existência de dificuldades no que diz respeito à responsividade emocional. Por outro lado, as pessoas com DID tendem a demonstrar comportamentos estereotipados e autoabusivos, associados ao descontrolo emocional (e.g.: birras, mudanças de humor e instabilidade emocional – Burack et al., 1998; Santos e Morato, 2012; Sartawi et al., 2011), bem como problemas do foro psiquiátrico (e.g.: esquizofrenia, psicoses maníaco-depressivas) ou emocional (Barnhill e McNelis, 2012; Harris, 2010), com níveis de comportamento adaptativo baixos (Felce, Kerr e Hastings, 2009) visíveis em alguns clientes do CAO, sendo imprescindível o apoio psicológico regular.

Apesar das evidências sobre a prevalência e o impacto de perturbações psiquiátricas ser ainda escassa, funcionando a DID como um diagnóstico sombra dadas as dificuldades de comunicação que atuam como barreira ao diagnóstico psiquiátrico, a literatura reporta uma maior vulnerabilidade das pessoas com DID para a doença mental, resultante das dificuldades anteriormente mencionadas e vários autores (e.g.: Fletcher, Loschen, Stavrakaki e First, 2007) sugerindo que as alterações de humor e mudanças comportamentais não devem ser atribuídas à DID mas à doença mental.

Após feita uma alusão às principais características deste diagnóstico nos diferentes domínios parece ser importante fazer uma referência direta à prática vivenciada, através de um paralelismo com o ambiente vivido pela Estagiária na AACNNEE, onde foi muitas vezes ouvida a frase “neste caso já não há nada a fazer”, tanto pelos Técnicos e Ajudantes de Reabilitação que trabalham diretamente com os clientes, como pela Equipa Médica que os acompanha e pelas famílias/prestadores de cuidados. É esta ideia de desistência que tem sido mudada, um passo de cada vez, nos últimos meses, e é esta atitude de derrota que tem de ser extinguida. As dificuldades podem ser consequência da falta de experiência e de estimulação, sob atitudes superprotetoras por parte dos prestadores de cuidados, o que pode, e deve ser alterado (Santos e Morato, 2012a).

No que diz respeito à caracterização da DID existem ainda dois tópicos importantes que não podem ser descurados: o envelhecimento e as comorbilidades que influenciam diretamente o desenvolvimento e a funcionalidade da pessoa. No que diz respeito ao envelhecimento, um tema cada vez mais atual, torna-se óbvio que o aumento da esperança média de vida acarreta um conjunto de novos desafios e adaptações, que devem ser contempladas no planeamento da intervenção (Harris, 2010). No caso específico da AACNNEE, valência do CAO, cuja população é maioritariamente jovem e adulta, o envelhecimento é uma das realidades cada vez mais presente. Atualmente no CAO existem dois clientes com idades acima dos 45 e um cliente com 60 anos de idade, com dificuldades motoras, cognitivas e socioemocionais, com uma deterioração visível a nível sensorial (e.g.: visão e audição), e em consequência, um aumento das dificuldades nas habilidades práticas e conceptuais.

As comorbilidades, fator comum nesta população, a literatura aponta para inúmeras e diversas condições associadas à DID, como é o caso da epilepsia (10 vezes superiores do que na população geral), paralisia cerebral (cerca de 30% dos

diagnósticos), hidrocefalia, microcefalia, obesidade, entre outras (Harris, 2010; Jacobson et al., 2007; Santos e Morato, 2007; WHO, 2007). De entre as condições médicas frequentemente associadas à DID, interessa mencionar também os défices sensoriais, particularmente da visão e da audição (APA, 2013).

Todas as comorbilidades acima apontadas são observáveis nos clientes do CAO de Velas, realçando-se a importância de compreender esta heterogeneidade em termos funcionais. No CAO cerca de 60% dos clientes tem um diagnóstico de Epilepsia, existindo também casos de comorbilidade com Paralisia Cerebral, Microcefalia e Hidrocefalia, entre outros. Ainda neste âmbito, é imprescindível fazer referência ao duplo diagnóstico, como é o caso dos sintomas de depressão, ansiedade generalizada e esquizofrenia, tanto em crianças como em adultos (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson e Allan, 2007). No que diz respeito à população em causa, existe particularmente um caso de duplo diagnóstico de DID com Psicose Afetiva.

O estudo detalhado das características da DID nos diversos domínios, em conjunto com a observação direta e avaliação, através de instrumentos validados, orientou todo o processo interventivo, descrito posteriormente no Capítulo – A AACNNE durante a intervenção da Estagiária.

## **Trissomia 21**

Neste subcapítulo será feita uma abordagem teórica à T21, dado ser o diagnóstico do estudo de caso.

### *Definição*

A T21 é uma designação que identifica a maior causa das DID, inicialmente descrita em 1866 por John Langdon Down. Cerca de um século depois, em 1959, um grupo de investigadores liderado por Jacobs e Jeome Lejeune atestou que a causa desta síndrome é de origem genética, verificando-se a existência de um cromossoma a mais no par 21 (Moreira e Gusmão, 2002). Assim, a T21 corresponde a uma alteração da organização genética e cromossómica do par 21, seja pela presença total ou parcial de um cromossoma extra, ou por uma permuta de partes entre os cromossomas por par 21 e outros pares (a literatura evidencia o par 13,14,15, 22 - Morato, 1995; Sommer e Henrique-Silva, 2007). No caso da T21 por presença de um cromossoma extra, no momento da concepção, uma das células apresenta-se com 24 cromossomas, ao invés dos usuais 23, fazendo com que o indivíduo fique com 47 cromossomas em cada célula, 3 no par 21. É este cromossoma que vai produzir as alterações no desenvolvimento físico e cognitivo (Moreira e Gusmão, 2002).

### *Etiologia, Epidemiologia e Prevalência*

A T21 apresenta uma prevalência de 1 para 600 a 1000 nascimentos (EDSA, 2013). De acordo com Trancoso e Cerro (2008), não existem em Portugal dados fidedignos sobre a incidência da T21, apesar de, com base nos dados a nível mundial, e de acordo com a taxa de natalidade do país, estimar-se, anualmente, o nascimento de 100 a 120 nados com este diagnóstico.

Em termos de etiologia, Morato (1995) refere que a divisão celular irregular que está na sua origem pode ter uma origem accidental, circunstancial ou mesmo uma predisposição genética. Os fatores de risco mais defendidos relativamente à etiologia desta síndrome surgem associados a três principais causas: (1) a idade avançada do pai e da mãe (85% a nível materno); (2) a translocação, ou seja, um processo de associação de uma parte do cromossoma 21 a outro cromossoma (normalmente o 14 ou o 22; ou cromossomas 13 ou 15, menos frequente), verificado em 4% dos casos; (3) a duplicação

interna de alguns genes críticos num dos cromossomas do par 21. Autores como Lovering e Percy (2009) referem ainda a existência de um quarto fator, o mosaicismo (prevalência de 1%), referente a uma alteração do número de cromossomas de uma célula por uma condição genética que faz com que o indivíduo receba duas componentes diferentes do mesmo zigoto, como fator de risco.

### *Classificação e Caracterização*

---

Os traços característicos do fenótipo associado à T21 facilitam o seu diagnóstico, que pode acontecer logo após o nascimento. No entanto, é possível fazer um diagnóstico ainda durante a gestação, através de análises sanguíneas ou outros exames de despiste, como ecografias, análise do cariótipo, amniocentese, entre outros (Lovering e Percy, 2009).

De acordo com Roizen e Patterson (2003), a T21 apresenta traços morfológicos bastante distintos e característicos que clarificam o diagnóstico. O conjunto de sinais (síndrome) clínicos e morfológicos variam de acordo com a modalidade da alteração, com uma margem de erro de 30%, sendo que a verificação rigorosa do diagnóstico pode apenas ser feita através do estudo genético da organização cromossômica (cariótipo - Morato, 1995).

Em termos físicos, é um diagnóstico caracterizado por um fenótipo bastante diversificado, mas particular, que, segundo Harris (2006), o torna de fácil identificação. As características são: a nível facial (microcefalia, achatamento da região occipital do crânio, hipoplasia da região mediana da face, fendas palpebrais oblíquas, pregas em torno dos olhos, base nasal achatada - Lott e Dierssen, 2010), língua com tendência para fazer protusão (boca pequena relativamente ao tamanho da língua), prega palmar única, encurtamento do quinto dedo das mãos (clinodactilia), braquidactilia (dedos pequenos), e pela diminuição do tônus muscular (hipotonia), apresentando sinais de um desenvolvimento psicomotor atípico desde a infância, quando comparados com os pares (Fidler, Hepburn e Rogers, 2006).

O perfil de hipotonicidade gera uma instabilidade articular que se vai traduzir em dificuldades ao nível dos fatores de equilíbrio e coordenação motora global (Abellán e Vicente, 2002; Fidler et al., 2006; Martínez e García, 2008), e por sua vez, em padrões de marcha atípicos (e.g. passos rápidos e arritmados; assincronia de movimentos entre membros inferiores e superiores) (Abellán e Vicente, 2002), sendo esta hipotonia apontada como o principal fator responsável pelas diferenças desenvolvimentais a nível motor entre os indivíduos com T21 e os seus pares. Os inputs propriocetivos da pessoa com T21 estão comprometidos e, conseqüentemente, todo o desenvolvimento psicomotor da pessoa também o está (Martínez e García, 2008), sendo a motricidade global um dos domínios do desenvolvimento mais afetados (Fidler, Hepburn, Mankin e Rogers, 2005).

De acordo com Palisano et al., (2001) a aquisição da posição bípede, que requer a integração do Sistema Nervoso Central (SNC), e envolve uma complexidade de sistemas como o visual, o vestibular e o propriocetivo, e exige um maior controlo motor ao nível da postura, suporte do peso, força e equilíbrio, pode ser uma aquisição tardia nas crianças com T21. Segundo Carvalho e Vasconcelos (2011) são as divergências nas estruturas do funcionamento cognitivo e sensoriomotor que se encontram na origem das dificuldades de aquisição das habilidades.

Ainda de acordo com os mesmos autores, os sujeitos com T21 apresentam um tempo maior de reação e um, conseqüente, adiamento na iniciação da ação. Estes indivíduos precisam de mais tempo para dirigir a sua atenção ao encontro do estímulo externo e manifestam, também, algumas dificuldades na transação entre um estímulo e outro, utilizando diferentes procedimentos para organizar as suas aprendizagens e



apresentando mais dificuldades nas funções executivas comparativamente a indivíduos com desenvolvimento típico (Carvalho e Vasconcelos, 2011; Fidler et al., 2006).

Agora no que concerne ao fenótipo comportamental, Fidler, Most e Philofsky (2008) defendem que as evidências só se manifestam a partir dos três anos. Segundo os mesmos autores, a socialização é considerada uma das áreas mais fortes, bem como a linguagem receptiva e o processamento visual. Contrariamente, a linguagem expressiva é um dos domínios que se mostra mais afetado. Vanvuchelen, Feys e De Weerdt (2011) evidenciam as divergências entre as capacidades recetivas e expressivas da linguagem em pessoas com T21 fazendo referência ao perfil do “bom imitador e pobre falador” característico das crianças com T21 em idade pré-escolar, que se vai repercutir em todo o desenvolvimento. É relevante destacar que a estratégia da imitação pode ser utilizada para maximizar o potencial de aprendizagem deste tipo de populações.

Assim, torna-se claro que a pessoa com T21 apresenta dificuldades na aquisição e desenvolvimento da linguagem e compreensão (Chapman e Hesketh, 2001). O caso em estudo não tem qualquer tipo de linguagem verbal, o que se repercute nas dificuldades de socialização, situação agravada pelo diagnóstico de Cegueira e Surdez Seletiva que também apresenta.

De acordo com Paasche et al., (2010), é notória, nos indivíduos com T21, a dificuldade em organizar internamente as suas experiências, integrar o seu esquema corporal, e conseqüentemente, em perceber o espaço que os rodeia, explorá-lo, e aprender com ele. De acordo com Fidler et al., (2005) os indivíduos com T21 requerem um maior tempo de aprendizagem, que aumenta à medida que as aprendizagens se vão complexificando. Estes indivíduos revelam-se com menor capacidade de concentração, precisando de mais tempo para dirigir a sua atenção para determinado estímulo, e com maior tendência para o cansaço, apresentando também maior dificuldade em inibir as respostas, aumentando assim a frequência de erro (Voivodic, 2004).

Ao nível cognitivo, associadas a este diagnóstico, ocorrem limitações que fazem com que, mesmo tendo o acesso às mesmas oportunidades de estimulação dos seus pares, os indivíduos com T21 apresentem dificuldades de aquisição de capacidades perceptivomotoras. Estes indivíduos revelam limitações na abstração, transferência e generalização, manifestando-se essencialmente na passagem do concreto para o abstrato (Voivodic, 2004).

O desenvolvimento deste tipo de populações vai depender, em grande parte, da quantidade e qualidade de estimulação, e das ajudas específicas e apoios individualizados que lhes são dados (Cunha e Santos, 2007).

### *Comorbilidades*

Existem evidências que a T21 se encontra muitas vezes associada a inúmeras complicações de saúde, das quais podem ser destacadas cardiopatias congénitas (defeitos ao nível dos septos atrioventricular - 45%, e ventricular - 35%, problemas imunológicos, respiratórios e ainda problemas sensoriais ao nível da visão e audição (NADS, 2010; Carvalho e Vasconcelos, 2011).

Relativamente aos problemas visuais recomenda-se um acompanhamento oftalmológico desde muito cedo, dada a tendência para evoluir com a idade (e.g.: cataratas e glaucoma - Roizen e Patterson, 2003). Em relação às desordens auditivas, os mesmos autores destacam que entre 38% a 78% da população apresenta dificuldades auditivas, quer sejam ao nível da condução (problemas no ouvido externo ou médio que impedem que a informação seja conduzida) ou do sistema sensorioneural com danos nas células sensoriais e cóclea. No caso em estudo são claramente visíveis estas

comorbilidades, especialmente ao nível sensorial, com uma perda total de visão causada por glaucoma, e ainda uma perda, pensa-se parcial, de audição.

Segundo Horwitz et al., (2000), encontram-se também associados à T21 problemas ortopédicos, respiratórios, intestinais, ao nível da tiroide (e.g.: hipotireoidismo), anomalias ao nível do sistema imunitário, maior incidência de desordens autoimunes (e.g.: vitiligo, alopecia) e ainda tendência para desenvolver obesidade (metabolismo de repouso com taxas baixas) e diabetes. Alguns destes problemas (e.g. intestinais, alopecia e problemas ortopédicos), verificam-se no caso em estudo. Ainda de acordo com os autores a instabilidade atlanto-axial e consequente mobilidade excessiva na articulação das vértebras cervicais Atlas (C1) e Axis (C2) podem acarretar deformações posturais e risco de subluxação, fator este que se verifica no caso em estudo através de uma cifose acentuada na zona cervical.

## **Epilepsia**

---

A probabilidade de comorbilidades entre DID e outros diagnósticos é elevada, como é o caso da Epilepsia, onde a probabilidade de ocorrência é 3 a 4 vezes mais alta que na população em geral (APA, 2013), verificando-se esta situação na instituição onde decorreu o estágio.

### *Definição*

---

De acordo com Ferro e Pimentel (2013), a epilepsia é definida como um conjunto de sintomas de causa neurológica, de etiologia variada, que se manifesta por crises convulsivas recorrentes, com incidência em qualquer faixa etária. O seu diagnóstico é feito quando existe evidência de duas ou mais crises de início repentino e inesperado num período de 12 meses, sendo que uma crise epilética isolada não constitui necessariamente epilepsia, designando-se, nestes casos, por crises ocasionais, que não estabelecem o diagnóstico.

### *Epidemiologia, Epistemologia e Prevalência*

---

Cerca de 1% da população tem epilepsia, sendo que a sua incidência tem tendência a diminuir com a idade, e cerca de 1/3 dos casos são controláveis através de tratamento medicamentoso (Gritti, Paulino, Castiglioni e Bianchin, 2015).

No que diz respeito à etiologia, o tipo de crise epilética depende da causa que a originou, assim como da idade do indivíduo. Seguindo uma linha temporal, em latentes, as causas de crise epilética podem ser: anoxia ou isquemia antes ou no decorrer do parto; traumatismo intracraniano; perturbações metabólicas (e.g.: hipoglicemia); malformações congénitas e infeções (e.g.: meningite e encefalite). Em crianças as causas mais comuns são traumatismos e infeções. É importante mencionar também as causas genéticas e exposição a tóxicos (e.g.: intoxicação por chumbo) como alguns dos fatores que podem estar na origem da epilepsia. Na maior parte dos diagnósticos desconhece-se a causa específica (Almeida, 2011; Martin, 2011).

A Epilepsia pode ser classificada de acordo com diversos domínios: de acordo com a sua **etiologia** pode ser de origem idiopática ou sintomática. Tendo em conta as características das convulsões a classificação pode variar entre ausências, mioclónicas, clónicas, tónicas, tónico-clónicas e atónicas (Panayiotopoulos, 2011). Podem, também, ser classificadas, segundo Engel (2006), de acordo com a **localização do cérebro** onde se originam como convulsões de início parcial ou focal, onde, como o próprio nome indica, a anomalia se dá numa área localizada e restrita, e dentro destas podem ser parciais simples (a consciência não é prejudicada), parciais complexa (convulsão psicomotora), ou convulsões generalizadas, ocorrendo em mais do que uma área do

cérebro; de acordo com as **síndromes clínicas** das quais são uma manifestação, por exemplo, Epilepsia Juvenil Mioclônica, Síndrome de Lennox-Gastaut (Engel, 2006); e finalmente, se são desencadeadas por **eventos** como luzes intermitentes, música, leitura, entre outros (Engel, 2006).

Na AACNNE estão presentes diagnósticos de epilepsia dos mais variados tipos (e.g.: Síndrome de West), que representa um tipo de Epilepsia Sintomática Generalizada Juvenil.

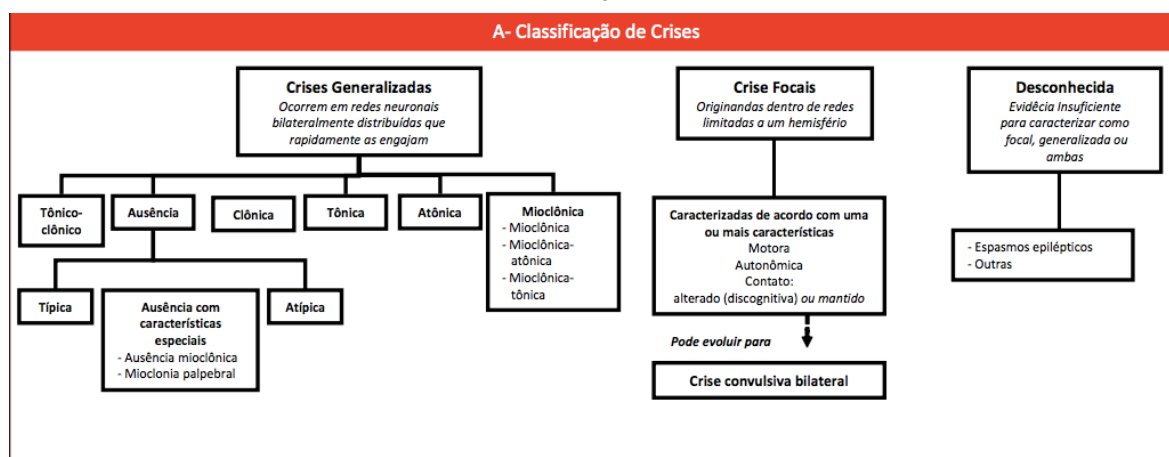
### Caracterização e classificação

Na epilepsia a pessoa está vulnerável a crises recorrentes que podem originar quedas, convulsões incontroláveis e, por vezes, produção de espuma na boca, enurese e encoprese (Rosalvo, 2011). A crise epilética, usualmente associada ao termo convulsão, é caracterizada como disfunção fisiológica temporária do cérebro devido a uma descarga anormal excessiva e transitória de neurónios corticais, metaforicamente descrita como uma “tempestade repentina” no cérebro (Guilhoto, 2011).

Durante uma crise ocorre um aumento repentino e acentuado da atividade elétrica cerebral, havendo uma troca contínua e desorganizada de informação. Quando a crise termina, a homeostasia cerebral consegue ser independentemente reestruturada. Fisiologicamente, o que ocorre numa crise epilética não é mais que uma descarga rítmica e repetitiva de muitos neurónios numa determinada área do cérebro. Se esta descarga neuronal ocorrer repetitivamente ao longo de vários segundos, inicia-se uma crise focal, se por outro lado a onda se espalhar no cérebro e durar vários segundos ou minutos, ocorrerá uma crise parcial complexa ou generalizada (Braunwald et al, 1994; Guyton, 1990).

As manifestações clínicas da epilepsia variam, dependendo da extensão da área do cérebro afetada e da sua localização. A classificação das crises epiléticas apresentada neste relatório (Figura 5) é baseada na mais recente classificação da International League Against Epilepsy (ILAE - Guilhoto, 2011), bem como na última, e décima, revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10 - WHO, 2016).

Segundo a ILAE (Guilhoto, 2011), a classificação das crises epiléticas deve ser baseada na parte clínica da crise e no padrão eletroencefalográfico crítico (associado à crise) e intercrítico (entre as crises). Deste modo, a etiologia, o substrato anatómico e as vias de alastramento não constituem considerações relevantes.



**Figura 5 - Classificação das Crises Epiléticas ILAE (Guilhoto, 2011)**

De entre os diferentes tipos e subtipos de crises epiléticas vai ser apenas feita uma descrição dos casos que caracterizam a população-alvo do estágio em causa: as



crises parciais ou focais (simples ou complexas), as crises generalizadas tónico-clónicas, mioclónicas e ausências.

As crises convulsivas generalizadas são tipicamente bilaterais e simétricas, envolvendo todo o cérebro e provocando ausência de consciência, já as **crises focais** ocorrem apenas ao nível de um hemisfério, podendo ter uma localização restrita ou mais ampla. Estas últimas, como o próprio nome indica, iniciam-se com a ativação de neurónios numa determinada área do córtex cerebral, o que vai determinar os sintomas clínicos específicos. As causas destas crises são diversas e classificadas como simples (sem alteração na consciência e conhecimento), e complexas caso haja essa alteração (Ferro e Pimentel, 2013; Panayiotopoulos, 2011).

As **crises focais simples** podem dar origem a perturbações motoras, sensoriais ou psíquicas (Panayiotopoulos, 2011). Os sinais motores consistem em contrações musculares localizadas (dedo da mão, braço, face). Este tipo de crises está associado a diferentes fenótipos comportamentais consoante as regiões corticais afetadas (e.g. sensação vertiginosa, alucinações auditivas ou visuais simples). Os sintomas psíquicos (e.g. sensação *deja vu*, sentimento injustificado de medo ou ira, ilusões e alucinações complexas), manifestam-se na ocorrência de descargas ao nível dos lobos temporal e frontal.

As **crises focais complexas** representam alterações episódicas no comportamento com perda de contacto com o meio envolvente. Durante as mesmas pode haver uma ausência quase completa da atividade consciente, apenas com uma reduzida atividade motora (e.g.: movimento dos lábios e deglutição). Neste tipo de crise, quando o indivíduo se encontra em atividades que requerem uma elevada concentração (e.g.: conduzir, tocar instrumento musical), pode haver um desempenho inconsciente das habilidades, e quando a crise termina, o indivíduo não tem memória, podendo até levar algum tempo a recuperar a consciência completa (Ferro e Pimentel, 2013)

No que diz respeito às **crises generalizadas**, em específico nas crises do tipo **tónico-clónicas** que são as mais comuns, a pessoa perde a consciência e a força, parando temporariamente de respirar. Todos os músculos são contraídos durante um curto período de tempo, sendo, de seguida, atingidos por espasmos musculares. O termo convulsão geralmente refere-se a uma crise epilética tónico-clónica, embora alguns autores utilizem este termo como sinónimo de crise epilética. Já as crises generalizadas do tipo **mioclónico** são caracterizadas por tremores involuntários nas extremidades ou em todo o corpo, mas com preservação da consciência. Ainda dentro das crises generalizadas é importante fazer referências às **ausências**. Este tipo de crises acarreta uma perda breve de consciência. As ausências começam e terminam abruptamente, com retorno imediato ao estado normal (Panayiotopoulos, 2011).

### *Tratamento*

Existem várias possibilidades terapêuticas para o tratamento da epilepsia e o farmacológico constitui a primeira ferramenta a ser utilizada, apesar da cirurgia ser uma alternativa bastante eficaz no seu controlo (Gritti et al., 2015). Para o sucesso na terapêutica antiepilética, é necessário o conhecimento do tipo de crise e do espectro de ação dos fármacos antiepiléticos existentes. O tratamento farmacológico é sempre iniciado com o menor número possível de tomas diárias, e não é de todo conveniente retirar ou introduzir mais do que um fármaco de cada vez, pois desta forma não será possível avaliar corretamente o efeito de cada um (Garzon, 2002).

Quando não é verificado um controlo adequado das crises com o uso de monoterapia, associam-se mais medicamentos. Caso não haja o controlo das crises pela politerapia de dosagem máxima, denomina-se o paciente como sendo de difícil controlo,

e começa a colocar-se em causa a hipótese do tratamento cirúrgico para excisão do tecido de origem do foco epilético (Gritti et al., 2015). Ainda de acordo com estes autores, alguns fatores externos podem dificultar o controlo das crises epiléticas, como o stress, a privação de sono, entre outros.

Nos casos presentes na AACNNE os clientes tomam um espectro alargado de medicação, de acordo com o tipo específico de crise. A grande maioria dos clientes com diagnóstico de Epilepsia encontra-se com um tratamento polimedicamentoso (Depakine + Hidantina; Topamax + Lamictal + Depakine; Tegretol + Depakine; Depakine + Castilium + Keppra + Zonegran), com dosagens variadas. A cliente cujo diagnóstico se encontra mais controlado faz monoterapia com o medicamento Dilexil. Para todos, em caso de uma crise forte (duração superior a 2/3 minutos) o medicamento SOS referenciado é o Stesolid. É de frisar também que existe, cada vez mais, o recurso a terapias não farmacológicas e medicina alternativa (acupuntura, quiropráticas, gestão do stress, entre outros) no tratamento deste diagnóstico (Arida, Almeida, Cavalheiro e Scorza, 2013). Todas as opções objetivam a melhoria da QV da pessoa, controlando significativamente a frequência e intensidade das crises epiléticas (Gritti et al., 2015; Pérez, 2015). Todos os medicamentos acima mencionados apresentam efeitos secundários como a sonolência e apatia que vão influenciar diretamente a performance da pessoa nos mais variados contextos da sua vida (Arida et al., 2013).

É importante mencionar o facto de que um dos efeitos secundários de muitos medicamentos antiepiléticos é a predisposição para desenvolver sintomas de depressão (Gritti et al., 2015). A prática de atividades lúdico-desportivas parece ajudar a minimizar esse quadro, pois melhora o estado de humor e reduz o stress e ansiedade (metabolismo das monoaminas e/ou à libertação de  $\beta$ -endorfinas, que aumentam no sistema nervoso central, proporcionando uma sensação de bem-estar), ajudando também no combate à tendência para desenvolver obesidade, um outro exemplo de efeitos secundários deste tipo de terapia medicamentosa. O aumento das  $\beta$ -endorfinas durante a prática de atividade física pode também atuar como um anti convulsionante endógeno natural, inibindo a atividade epilética (Arida et al., 2013). Neste âmbito há que informar os prestadores de cuidados sobre estes benefícios, evitando situações de superproteção. As dificuldades no controlo do peso, outro efeito secundário que afeta a população-alvo, são uma realidade na instituição, pelo que a restrição alimentar específica e a atividade física regular surgem como duas das principais estratégias para combate à obesidade no CAO de Velas (Gritti et al., 2015).

Até este ponto foram apresentados o contexto institucional e populacional do Estágio retratado no presente relatório. De seguida, e seguindo um fio condutor rumo à descrição prática da intervenção da Estagiária, torna-se importante contextualizar o tipo de intervenção – Intervenção Psicomotora - em causa.

### **Intervenção Psicomotora**

---

O conceito de Psicomotricidade, ainda recente, tem vindo a evoluir, ganhando uma expressão, e uma influência, cada vez mais significativa (Valente, Santos e Morato, 2011). Esta área de intervenção representa uma associação direta entre atividade psíquica e motora, caracterizando-se pela qualidade (ou falta) de interação entre o indivíduo e o meio onde se insere, e reflete uma compreensão global das dificuldades e capacidades das pessoas (Fonseca, 2007).

O desenvolvimento do cada indivíduo manifesta-se, em grande parte, através da motricidade (Neto, 2004). É através do movimento que o indivíduo interage com os outros e com o mundo que o rodeia, e é através da exploração do movimento que se adquirem os padrões motores, imprescindíveis ao desenvolvimento motor, cognitivo, afetivo e

relacional (Rodrigues, 1991), i.e., não é possível separar a vertente biológica da social, ou seja a motricidade da sua psicomotricidade (Fonseca, 2010).

De acordo com Fonseca (2005, p. 25), a Psicomotricidade é entendida como “o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências, recíprocas e sistêmicas, entre o psiquismo e a motricidade”, na qual a pessoa é percebida através do seu corpo em movimento, numa linha de pensamento onde as funções cognitivas, motoras, simbólicas, psicolinguísticas e socio emocionais se influenciam reciprocamente, e estão em constante evolução (APP, 2012).

De acordo com Carvalho (2005), a Psicomotricidade é um conceito ainda em evolução, cujo valor não é reconhecido em pleno. Evoluiu de Psicomotricidade para Terapia Psicomotora e engloba um conjunto de práticas educativas, reeducativas e terapêuticas onde a dimensão afetiva e relacional domina a dinâmica da intervenção. Encara o problema psicomotor, a disfunção ou perturbação com um valor sintomático que não é passível de ser reduzido a uma disfunção neuromotora ou a um défice instrumental.

A intervenção psicomotora encara a pessoa como um sistema holístico, através de práticas de mediação corporal, e procura compensar a expressão motora inadequada, usualmente ligada a problemas ao nível do desenvolvimento e maturação psicomotora, de comportamento, aprendizagem e de âmbito psicoafectivo (Lussac, 2008).

Segundo a APP (2012) a intervenção psicomotora pode atuar ao nível **preventivo e educativo**, na promoção de um desenvolvimento adequado, como o próprio nome indica, prevenindo potenciais dificuldades em todas as idades, e também a um nível **reeducativo ou terapêutico**, com foco nos problemas do desenvolvimento e da aprendizagem. Esta área de intervenção recorre a vertentes como e.g. Terapia Psicomotora em Meio Aquático, Psicomotricidade em ginásio, Relaxação, Atividades Lúdicas, entre outras, que podem ser aplicadas nos mais diversos contextos, não havendo qualquer tipo de restrição no que toca à faixa etária (APP, 2012; Martins, 2001).

Schalock et al. (2010) defende que o foco da intervenção deve partir de uma série de perguntas: O que é que a pessoa faz? Como? Para quê? Quando? Onde? e Com quem?, às quais se torna imperativo responder para que possa ser feito um planeamento adequado do tipo de intervenção (contextos, recursos, objetivos, estratégias). Perante uma multiplicidade tão grande e variada de casos, o planeamento do tipo de intervenção psicomotora vai divergir de acordo com fatores como o tipo de população-alvo, e os recursos físicos, materiais, humanos e temporais. É necessário haver uma aferição das necessidades apresentadas pelo cliente, e através da criação de uma relação terapêutica empática, partindo de experiências sensoriais e motoras, compensar e adaptar os comportamentos desadequados de forma a aumentar a funcionalidade (Martins, 2001). É importante referir a relevância da avaliação inicial, através de diversos métodos e instrumentos, explicitados mais à frente neste Relatório, para o processo de reconhecimento dos interesses e motivações da pessoa, para que as atividades sejam planeadas de acordo com a sua individualidade (Coelho, Rodrigues, Santos e Eiró, 2003).

A avaliação é assim um processo abrangente de recolha de informação com o objetivo de tomar uma decisão, em diferentes âmbitos, i.e., contextualizada e com validade ecológica, com o objetivo de especificar ou verificar um problema, bem como auxiliar na tomada de decisões (Salvia, Ysseldyke e Bolt, 2010). A avaliação é uma fase essencial para qualquer processo de intervenção porque permite estabelecer um perfil intraindividual, com áreas fortes e menos fortes, estabelecendo objetivos individuais nas mais diversas áreas, tendo sempre em consideração a rede de serviços que a pessoa

necessita para superar as suas dificuldades, priorizando os tipos de apoios a serem providenciados (Pitteri, 2004; Thompson et al., 2002; 2004; 2009).

Assim, a avaliação tem como grande objetivo o planeamento e a adaptação, considerando o momento atual de vida, a história individual, os fatores extrapessoais, a interpretação do desempenho e o prognóstico (Salvia et al., 2010). O processo de avaliação assenta nos pressupostos de que a pessoa é composta pelas suas características funcionais e relacionais que devem ser contextualizadas (Pitteri, 2004). A avaliação é um processo sistemático de recolha de informações sobre a pessoa em domínios específicos do seu desenvolvimento (Fonseca, 2010). Neste âmbito, a observação precisa e cuidada da pessoa no envolvimento é uma condição vital para o perfil intraindividual e consequentemente, para a elaboração eficaz, coerente e adequada de um plano reabilitacional (Fonseca, 2010).

Segundo Pitteri (2004), a avaliação psicomotora dá uma especial ênfase ao corpo em movimento, pois, do ponto de vista psicomotor, o corpo e a forma como este se apresenta no envolvimento espelham as dificuldades da pessoa. Posto isto, torna-se importante dar particular atenção às manifestações tónicas, motoras, gnoso-práticas, de representação corporal, e ainda a todos os comportamentos de relação com o tempo e espaço, com os objetos e com o outro.

A avaliação das necessidades de apoio deve ser abrangente e multifatorial, tendo em consideração características relativas à cultura, etnia, língua, contexto socioeconómico, família, entre outras. Avaliar permite-nos definir prioridades quanto às necessidades de apoio, de acordo com as preferências da pessoa e, paralelamente, das expectativas da família (Thompson et al., 2002; 2004). Os objetivos gerais e específicos da intervenção, que advém do processo de avaliação, deverão ser traçados no sentido da promoção de comportamentos e competências adaptativas individuais, ajustados às necessidades da pessoa e tendo em conta o ritmo de aprendizagem e aquisição de cada um. O corpo é utilizado como elo de ligação entre o “eu” e o envolvimento, objetivando sempre o desenvolvimento das competências motoras, cognitivas e sociais, e consequentemente, construindo e solidificando a pessoa na autoestima e autoconfiança (Coelho et al., 2003; Martins, 2001).

O psicomotricista tem assim o papel de observar e perceber todo o potencial do indivíduo, não descurando o campo emocional. A dinâmica das sessões de intervenção tem de ser organizada de forma semiestruturada, permitindo a atividade espontânea da pessoa através de diferentes formas de expressão, utilizando tarefas dirigidas nas quais os comportamentos podem ser ajustados às situações, de forma intencional, através desta mediação terapêutica (APP, 2012).

Na AACCNNEE a realização do estágio foi uma mais-valia no processo de avaliação sistemática dos clientes, através da introdução dos novos paradigmas (e.g.: apoios) e de instrumentos de avaliação, o que, por sua vez, veio promover a mudança da perspetiva face às pessoas com dificuldades, bem como a introdução de práticas mais dinâmicas e funcionais.

## **Intervenção Psicomotora na DID**

A Intervenção Psicomotora (IPM) parece ser uma prática interventiva essencial em diversos tipos de diagnóstico, dado partir do movimento consciente e pensado, da ação, da experimentação, privilegiando a experiência concreta, para posteriormente, se atingir o plano do abstrato e do simbólico (Valente et al, 2011). A IPM baseia-se, sobretudo, em propostas de carácter motor (praxias), associadas a propostas de carácter conceptual (gnosias), maximizando o desenvolvimento global do indivíduo (Fonseca, 2007). Trabalha a estimulação global das vias sensoriais e percetivas (visual, auditiva, tátil, vestibular e

cinestésica) para potenciar a capacidade de processamento da informação para respostas mais adaptada e funcionais (Fonseca, 2007).

No caso da DID, população-alvo do estágio, a intervenção psicomotora é uma prática interventiva essencial porque recorre a experiências motoras concretas para, posteriormente, atingir o plano do simbólico e do abstrato (Valente et al, 2011). Qualquer pessoa que apresente dificuldades psicomotoras, corporais (e.g. dispraxias), cognitivas (e.g. défice de atenção) ou relacionais (e.g. agressividade) tem na intervenção psicomotora a ferramenta para aprender ou reaprender a organizar as suas ações (Boscaini, 2003, 2004; Martins, 2001).

De acordo com Novais (2004), as pessoas com DID vêem-se confrontadas diariamente com um leque abrangente de dificuldades nas tarefas do quotidiano, em termos de funcionalidade, capacidade de adaptação e recurso a estratégias para a participação social, devendo ser estas áreas em que a intervenção psicomotora deve incidir, identificando e compensando os comportamentos desadaptados, e estimulando competências de autonomia e autodeterminação para a participação ativa na comunidade (Santos e Morato, 2008; Valente et al., 2011).

A IPM vai atuar ao nível dos sete fatores psicomotores, mas não só. Paralelamente a um trabalho motor com incidência no planeamento e organização da ação, consciencialização do eu, entre outros, este tipo de intervenção incide também no domínio relacional e comunicacional (Fonseca, 2007; Martins, 2001).

A vertente terapêutica e reeducativa da intervenção psicomotora é, talvez, o campo mais desenvolvido na DID. Esta população vive um comprometimento funcional e, através de experiências motoras, estimulação sensorial e percetiva, enfoque na capacidade de processamento, torna-se possível que aprendam a adaptar respostas, comportamentos e ações. Quando mais atempada for a intervenção maiores serão os seus benefícios no potenciar da capacidade adaptativa e funcional da pessoa, e minimizadas serão as dificuldades sentidas (APP, 2012; Valente et al., 2011).

Ao longo da literatura, são referidas estratégias passíveis de serem utilizadas com a população com DID, como: adaptação individual das atividades, descoberta guiada, *transfer* para a prática, ajudas físicas parciais ou totais, feedback e reforço positivo (Coelho et al., 2003; Rodrigues, 1991).

De uma forma geral, para uma intervenção bem-sucedida, as pessoas necessitam de uma boa estrutura de apoio, que conheça o seu nível de funcionamento, o seu grau de variabilidade de desempenho, bem como os seus pontos fortes e a desenvolver (Coelho et al, 2003); para além disso, devem considerar-se os diversos sistemas onde a pessoa se insere, planeando as ações tanto ao nível do microssistema (autodeterminação, comportamento adaptativo e AVD's), do mesossistema (qualidade da educação, saúde e reabilitação), avaliando os seus resultados e do macrossistema (QV nas políticas nacionais e avaliar os resultados da sua implementação) (Simões e Santos, 2012).

No seguimento do abordado anteriormente, entende-se que a figura do psicomotricista é central no processo de mediação relacional, enquanto alicerce comunicativo (Fonseca, 2001). É um agente ativo no processo terapêutico, em relação ao qual a sua formação pessoal e profissional desempenham um papel essencial (Martins, 2001). É crucial destacar a importância do estágio curricular, tanto no 1º como no 2º Ciclo, como forma de dar ao Psicomotricista um contacto direto com a realidade, uma ferramenta de experiência prática, para que este aprenda, evolua, consolide e cresça como pessoa e como profissional.

De acordo com Llauredó (2008), o psicomotricista deve adotar uma particular capacidade de escuta, ser sensível a aspetos emocionais, sem, no entanto, se envolver



nestes, assim como ter a capacidade de observação e avaliação, envolvendo-se nessa realidade, sem se deixar absorver por ela. Boscaini (2004) acrescenta a importância de o psicomotricista saber olhar do ponto de vista funcional (contacto com a realidade através da percepção e da representação) e emocional/relacional (para se estabelecer um diálogo tónico-emocional), enfatizando aqui as duas possíveis vertentes de intervenção, relacional e instrumental. No estágio em causa, a vertente funcional, prática e instrumental, foi o foco da intervenção, apelando a um tipo de prática mais dirigida.

Neste tipo de população, no contexto interventivo, além das características individuais, é também preponderante ter em conta o contexto no qual a pessoa se insere, pelo que os serviços de apoio formais, informais e a família desempenham um papel de extrema importância em todo o processo, e devem ter uma participação ativa no mesmo (Santos, 2003). Esta multidisciplinaridade e envolvimento da família é ainda um ponto a melhorar na AACNNEE, apesar de se sentirem já alguns progressos nas dinâmicas de partilha, ponto também referido nos próximos Capítulos.

A IPM na DID surge como um apoio no desenvolvimento de estratégias para ultrapassar as barreiras diárias, facilitando a resolução de problemas, a adaptação de condutas e comportamentos adaptativos com a participação ativa na comunidade (Novais, 2004; Fonseca, 2001).

Toda a intervenção deve ser planeada de acordo com as necessidades, gostos, interesses e desejos dos sujeitos (Santos, 2003; Santos e Santos, 2007), e a família e os serviços têm um papel fundamental. No que diz respeito à AACNNEE de Velas esta participação multidisciplinar ainda carece de ser trabalhada: são escassas as reuniões em que todos os responsáveis legais comparecem e são poucos os que se mostram interessados em participar ativamente nas atividades dinamizadas pela Associação, bem como em continuar em casa o trabalho desenvolvido pelos Técnicos e Ajudantes de Reabilitação. Este é um ponto em que a Associação tem de melhorar, dada a necessidade do *transfer* nas múltiplas vertentes da vida das pessoas (APP, 2012; Martins, 2001).

Na DID, a intervenção psicomotora centra-se na diminuição do repertório motor desadequado, desenvolvendo as competências sociais, relacionais, de AVD's, e fazendo, *à posteriori*, a generalização para o quotidiano. O aumento do repertório comportamental, a assertividade, a afirmação do Eu e a autodeterminação constituem alguns pontos a trabalhar (Santos e Morato, 2012). Os indivíduos com dificuldades psicomotoras, de incidência corporal (e.g. dispraxias, instabilidade postural, perturbações do esquema corporal), relacional (e.g. agressividade, instabilidade, dificuldades de concentração) ou cognitiva (e.g. défices de atenção e memória), tem assim a oportunidade de se organizar, de (re)encontrar um equilíbrio para as suas ações e reações, atitudes, posturas e relações, através da IPM (Boscaini, 2004; Martins, 2001).

Depois de descritas as principais dificuldades experienciadas pela população-alvo do estágio é importante pensar qual o tipo intervenção mais adequada. É importante perceber também quais os domínios a estimular considerando o contexto ecológico, os interesses, aspirações e gostos da pessoa. Assim, no âmbito da atividade motora, os planos de intervenção foram ao encontro de duas vertentes: aptidão física e habilidades motoras, visando os *transfers* funcionais (Abellán e Vicente, 2002; Polastri e Barela, 2002).

Importa mencionar também que a intervenção psicomotora deve basear-se principalmente em atividades que estimulem o desenvolvimento das capacidades remanescentes, e não se limitem a minimizar as limitações (Polastri e Barela, 2002). Vão ser referidos os principais domínios a desenvolver dentro da intervenção psicomotora, ao longo do estágio. No domínio da motricidade, e dada a hipotonia, a intervenção centrou-

se no controlo postural, através do treino de funções de suporte, estabilização e equilíbrio, melhorando a coordenação motora global (Abellán e Vicente, 2002; Coppede, Campos, Santos e Rocha, 2012). Do ponto de vista cognitivo há a realçar a necessidade de vivências concretas e nos contextos reais para um *transfer* efetivo das aquisições. A sistematização, a instrução simplificada, a criação de rotinas e ambientes securizantes, a atratividade das atividades e o recurso ao lúdico e o reforço foram um conjunto de estratégias consideradas na intervenção psicomotora (Trancoso e Cerro, 2008).

A questão da afetividade e o seu papel nas relações interpessoais é algo a considerar, interferindo diretamente no tipo, qualidade e quantidade de relações que estabelece com os pares refletindo-se na autoestima e confiança (Morato e Gonçalves, 2001; Paasche et al., 2010).

Parece preponderante fazer referência à influência das atitudes dos pais/prestadores de cuidados ao longo do desenvolvimento da pessoa com necessidades especiais de apoios, uma vez que surge como uma das principais barreiras ao desenvolvimento do estudo de caso. O comportamento parental inclui proporcionar um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo, motor e social da criança, promovendo-lhe interações sociais e experiências estimulantes, responder aos seus pedidos e controlar os seus comportamentos disruptivos, estimulando ao máximo o seu desenvolvimento (Figueiredo et al., 2008). Este é um tema que será um tema explorado mais à frente no Capítulo – Projeto de Intervenção. Em suma, urge a necessidade de uma intervenção individualizada com o objetivo principal de aumentar a funcionalidade, participação e QV dos indivíduos (Figueiredo et al., 2008).

## **Contextos de Intervenção**

---

Existem duas componentes da intervenção psicomotora: a relacional e a instrumental. A psicomotricidade relacional permite ao indivíduo lidar com conflitos relacionais, agindo de forma preventiva e terapêutica no desenvolvimento, estando relacionada com os fatores psicoafetivos relacionais. Desse modo, a intervenção é um espaço de confiança onde o indivíduo pode explorar os seus sentimentos em relação a si próprio ou sobre o outro. De uma forma geral, numa intervenção que prioriza a relação e a resolução de conflitos emocionais, utiliza-se o jogo espontâneo, situações lúdicas e dinâmicas e a comunicação não-verbal, para através da vivência corporal experienciar situações de conflito emocional e, depois, conscientemente se conseguir resolver e compreender (Vieira, 2009).

Por outro lado, a IPM instrumental foca-se na exploração sensoriomotora para estimular a atividade perceptiva, simbólica e concetual, usando o envolvimento, as características espaciais e temporais e os objetos. Estas explorações desenvolvem-se através de todas as formas de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, entre outras). É nesta vertente em que se proporciona a resolução de situações problema, com o objetivo de promover o aumento da autoestima e autoconfiança (Martins, 2001).

No estágio em causa a componente instrumental foi foco de toda a intervenção, em sessões individuais ou de grupo, e nos mais variados contextos como ginásio, *snoezelen* e piscina, caracterizada por uma vertente mais prática com atividades dirigidas, apesar da vertente relacional ter estado sempre presente, sendo impossível dissociar as duas. A intervenção psicomotora baseou-se na relação do cliente com a Estagiária e com os outros, através da criação de uma ligação empática e criação de um espaço de partilha e confiança; e ao nível instrumental com o objetivo de compensar condutas e ajudar o indivíduo a encontrar estratégias para se adaptar às exigências do envolvimento. Durante as sessões potenciou-se a aprendizagem através de objetivos exequíveis, onde o desempenho implicou algum esforço, mas sem provocar frustração. Um dos objetivos mais trabalhado relacionou-se com as habilidades de autonomia e

independência, com estratégias e formas de ação para a maximização da expressão das competências funcionais dos indivíduos (Rodrigues, 1991).

A concretização da intervenção psicomotora pode ocorrer em contexto individual, e de grupo (de diferentes dimensões), com uma duração temporal variável, de acordo com a especificidade de cada quadro clínico, numa perspetiva de ponderação eficaz entre as necessidades apresentadas e os recursos/apoios existentes no contexto em questão (Martins, 2001). Especificamente no CAO de Velas, as sessões individuais, tanto em contexto de ginásio, *snoezelen* ou meio aquático, tiveram a duração de 45 minutos, e as sessões de grupo de 60 minutos. Tendo em conta que as abordagens mais utilizadas no âmbito do estágio foram a IPM em Ginásio, Terapia Psicomotora em Meio Aquático (TPMA), Estimulação Multissensorial e Expressão Corporal, estes serão os quatro contextos mais especificados no Capítulo – A AACCNEE durante a intervenção da Estagiária.

### **Intervenção Psicomotora no CAO de Velas**

---

No CAO de Velas não existiam, até à entrada da Estagiária, sessões de IPM, sendo o desenvolvimento psicomotor trabalhado nas sessões de Atividade Motora Adaptada individuais pelo Técnico Superior de Atividade Física. A intervenção psicomotora, era assim, pouco conhecida na instituição, sendo feito algum trabalho gnoso-prático com cada um dos clientes.

Após a entrada da Estagiária, todos os clientes foram avaliados (Capítulo A AACCNEE durante a Intervenção da Estagiária – Avaliação), sendo elaborado para cada um destes um PII com objetivos a atingir a longo e curto-prazo. Os clientes foram divididos pelos Técnicos Superiores, com o apoio das Ajudantes de Reabilitação, em dois grupos, consoante o grau de autonomia nas atividades motoras, sendo que o Grupo de Menor Autonomia realizou sessões bissemanais individuais, e o Grupo de Maior Autonomia realizou, também sessões com uma frequência bissemanal, com objetivos individuais, mas em contexto de grupo. As sessões de grupo promoveram a interação social e trabalharam-se as componentes relacionais. O trabalho diário desenvolvido nas salas, com as Ajudantes de Reabilitação, sempre com a supervisão dos Técnicos, pretendeu promover aspetos relacionados com a autonomia nas AVD's e componentes académicas (e.g.: contar, desenhar, pintar, recortar).

Assim, na AACCNEE o plano de intervenção psicomotora utilizado caracterizou-se por ser individualizado e adequado às características e necessidades de cada um, desenvolvido numa política transdisciplinar, com um procedimento metodológico estruturado, desde a fase de observação e avaliação até à intervenção, propriamente dita. Esta intervenção ocorreu então de acordo com uma vertente Terapêutica e Reeducativa, inserida nas sessões de atividade motora adaptada, terapia psicomotora em meio aquático, oficina de mobilização e alongamento, oficina de relaxamento e massagem, visando o bem-estar físico e emocional (Coelho et al., 2003), essencialmente nos contextos de Ginásio, Meio Aquático e *Snoezelen*. Todos os fatores inerentes à prática encontram-se devidamente descritos, posteriormente, no presente Relatório.



## A Instituição durante a intervenção da Estagiária

### A Intervenção Psicomotora na AACNEE de Velas

#### Calendarização e Organização

A Estagiária integrou a equipa da valência Centro de Atividades Ocupacionais da AACNEE de Velas a partir do dia 1 de Setembro de 2015, fazendo 7 horas diárias (tabela 4), com um horário das 8h30 às 16h30 com 1 hora para almoço. Foi uma opção de a Estagiária fazer um horário com carga superior ao estipulado pelo RIRCAP, sendo que teve sempre liberdade de se ausentar da Instituição durante o horário do estágio, se devidamente justificado.

Os clientes começavam a chegar ao CAO por volta das 8 horas (alguns em carros particulares, mas a grande maioria utilizava o recurso de transporte da Instituição). O dia-a-dia no CAO de Velas é organizado por Oficinas diversas que ocorrem de hora a hora (Ver Anexo A – Plano Semanal de Atividades). As oficinas começam pelas 10 horas e terminam por volta das 15h30. Neste intervalo de tempo apenas é feita a pausa para almoço e descanso/atividades livres entre as 12 e as 14 horas, e a pausa para lanche às 15h30. Por volta das 16h começam a sair os primeiros clientes no transporte da instituição. Um dos objetivos da Coordenação para o próximo ano será alargar o horário de funcionamento do CAO até as 19 horas, isto porque com a abertura da valência Lar Residencial justifica-se que os clientes permaneçam em atividades e acompanhados pelas Ajudantes de Reabilitação e pelos Técnicos durante um maior período de tempo.

A atuação da Estagiária dividiu-se na dinamização de Oficinas e Sessões Individuais/Grupais de Intervenção Psicomotora nos mais variados contextos (tabela 4). O horário de almoço era sempre das 13 às 14 horas sendo que foi também uma opção de a Estagiária prestar auxílio no domínio da alimentação com o principal objetivo de treino da autonomia neste domínio. Entre as 8 e as 10 horas, altura em que ainda não haviam chegado todos os clientes à instituição, o tempo era aproveitado para o planeamento e preparação da intervenção.

**Tabela 4 - Horário Semanal do Estágio**

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
<b>08:30-10:00h</b>	Planeamento	Sessão Individual de Intervenção Psicomotora (IPM) - Cliente M.	Planeamento	Sessão Individual de Intervenção Psicomotora (IPM) - Cliente M.	Planeamento + Reunião de Equipa
<b>10:00h – 11:00h</b>	Dinamização Oficina de Estimulação Multi-sensorial/Snoezelen - Grupo de Menor Autonomia  Preparação Terapia Psicomotora em Meio Aquático	Dinamização Oficina de Mobilização e Alongamento - Grupo de Menor Autonomia	Sessão Individual de Intervenção Psicomotora (IPM) - Cliente C.F.  Preparação Terapia Psicomotora em Meio Aquático	Dinamização Oficina de Massagem e Relaxamento - Grupo de Menor Autonomia  Sessão Individual de Intervenção Psicomotora (IPM) - Cliente H.	Dinamização Oficina de Atividade Motora Adaptada c/ UNECA Ocupacional - Grupo de Maior Autonomia  Dinamização Oficina de Mobilização e Alongamento - Grupo de Menor Autonomia
<b>11:00h – 12:00h</b>	Terapia Psicomotora em Meio Aquático - Clientes B. e C.	Dinamização Oficina de Atividade Motora Adaptada c/ UNECA Ocupacional - Grupo de Maior Autonomia	Terapia Psicomotora em Meio Aquático/Adaptação ao Meio Aquático e Iniciação à Natação - Clientes C. e M.J. *Dinamização Oficina de Estimulação Multisensorial/Snoezelen - Grupo de Menor	Sessão Individual de Intervenção Psicomotora (IPM) - Cliente C.	Sessão Individual de Intervenção Psicomotora (IPM) - Cliente R.

**Tabela 4 (cont.) - Horário Semanal do Estágio**

			Autonomia		
12:00h - 13:00h	Participação na alimentação	Participação na alimentação	Participação na alimentação	Participação na alimentação	Participação na alimentação
14:00h – 14:45h	Sessão Individual de Intervenção Psicomotora (IPM) - Cliente H.	Dinamização da Oficina de Corpo, Expressão e Movimento	Saídas ao Exterior	Sessão Individual de Intervenção Psicomotora (IPM) - Cliente B.	Saídas ao Exterior
14:45h – 15:30h	Dinamização Oficina de Estimulação Multi-sensorial/Snoezelen - Grupo de Menor Autonomia Dinamização Oficina de Massagem e Relaxamento - Grupo de Maior Autonomia Sessão Individual de IPM - Cliente C.F.	Dinamização da Oficina de Corpo, Expressão e Movimento	Saídas ao Exterior	Sessão Individual de Intervenção Psicomotora (IPM) - Cliente R.	Saídas ao Exterior
15:30h – 16:00h	Participação na Alimentação	Participação na Alimentação	Participação na Alimentação	Participação na Alimentação	Participação na Alimentação
16h00-16h30h	Planeamento	Planeamento	Planeamento	Planeamento	Planeamento

### **Caracterização dos Clientes Apoiados – Grupos de Intervenção**

Durante os 9 meses de atuação, a Estagiária interveio em diversos contextos de intervenção: Psicomotricidade em contexto de ginásio, Terapia Psicomotora em Meio Aquático, Estimulação Multissensorial/Snoezelen, Expressão Corporal e Movimento. Além dos quatro contextos acima enunciados, a Estagiária também prestou apoio nas restantes Oficinas.

Dadas as limitações no número de páginas, o Estudo de Caso será o exemplo aprofundado da intervenção da mesma, desde a avaliação inicial à avaliação final, passando pelo estabelecimento de objetivos e intervenção. Os restantes casos serão apenas referidos e descritos de forma genérica (Anexo J).

Como já foi referido anteriormente, no CAO de Velas, os clientes são divididos em dois grupos de intervenção: o grupo de maior e de menor autonomia. Com o primeiro grupo, composto por seis clientes, as sessões decorreram sempre em contexto de grupo; com o segundo grupo, de menor autonomia, composto também por seis clientes, as sessões de Intervenção Psicomotora (IP) eram individuais, e as sessões de expressão e estimulação multissensorial em contexto de grupo, em algumas situações com o grupo de maior autonomia. No início do Estágio, o CAO prestava apoio a catorze clientes, sendo que um deles só frequenta a instituição em épocas específicas, e o outro, por motivos de saúde, não pode sair de casa, pelo que, num futuro próximo, antevê-se também a intervenção da Estagiária em sessões individuais de mobilização e alongamento ao domicílio, neste caso específico, o terceiro cliente referido ainda se encontra em idade escolar e a frequentar a UNECA Ocupacional da Escola Básica e Secundária de Velas, com um Currículo Específico Individual (CEI), frequentando o CAO apenas durante as interrupções letivas.

No presente capítulo serão descritos os contextos de intervenção e o tipo de sessões, bem como a avaliação, planeamento, estabelecimento de objetivos e intervenção, temas que serão posteriormente aprofundados no Capítulo do Estudo de Caso.

### *Atividade Motora Adaptada e Intervenção Psicomotora em grupo*

No âmbito do presente estágio, a intervenção psicomotora intentou na compensação e adaptação de condutas motoras disfuncionais, pelo que o grande objetivo da Estagiária se focou na estimulação da funcionalidade para uma vida com mais qualidade. Nas sessões de grupo, as atividades passaram também pela prática de Atividade Motora Adaptada (AMA), que se focou essencialmente ao nível das habilidades motoras básicas, controlo postural e equilíbrio, possibilitando a vivência do prazer, bem-estar e convívio, bem como melhorias ao nível das atividades de vida diária (Sherrill, 1997).

Segundo Hernández (2003), a AMA pode ser definida como o campo multidisciplinar que engloba os princípios da atividade física e as características individuais, sendo que as atividades são adaptadas de acordo com as capacidades de cada indivíduo, com a finalidade de potenciar o seu desenvolvimento funcional, como também contribuir para a sua participação social, vivenciando práticas corporais e desportivas, através do lúdico e da recreação (Borella, Almeida, Harnish, e Storch, 2011). As atividades sensoriomotoras vão denotar repercussões ao nível do tónus muscular, e consequentemente, ao nível de todos os movimentos voluntários, surgindo como uma oportunidade de testar limites e potencialidades (Melo e López, 2009). A AMA foi um tipo de prática desenvolvida, pela Estagiária, com o intuito de promover a coordenação motora, consciência corporal, lateralidade, orientação espacial, força, desenvolvimento da componente cardiorrespiratória e da motricidade em geral, através de um programa de atividades e exercícios adequados aos interesses e necessidades dos clientes. Estas eram sessões grupais em contexto ginásio com o Grupo de Maior Autonomia. Numa vertente mais direcionada para a prática da Atividade Física, estas sessões tiveram como principais objetivos a promoção e manutenção da condição motora dos clientes e dos níveis de permanência na tarefa. É um domínio importante a referir na medida em que, neste âmbito, a turma da UNECA Ocupacional da Escola Básica e Integrada de Velas se deslocava semanalmente às instalações do estágio para participar, em conjunto com os clientes, nas sessões de AMA.

De uma forma geral, a sua sequência-tipo encontrava-se estruturada em três fases fundamentais (Anexo D):

- **Fase Inicial:** Diálogo inicial e Ativação Geral - onde eram explicadas as diferentes atividades que constituíam a sessão, bem como os seus objetivos; posteriormente, era feita uma atividade de Ativação Geral cujo principal objetivo passava por preparar os clientes para as atividades que se iam seguir, mobilizando os diferentes grupos musculares e aumentando a frequência cardíaca. Usualmente, esta primeira atividade representava um deslocamento pelo espaço de acordo com as diferentes regras que a Estagiária ia dando (e.g.: mobilização articular, andar em diferentes direções, níveis e velocidades, etc.);

- **Fase Fundamental:** Circuito e Atividade de Grupo: a primeira etapa desta fase era um Circuito normalmente composto por seis estações, que variavam de acordo com os objetivos da sessão (e.g.: Equilíbrio, Coordenação Óculo-manual, Tonicidade, Coordenação Óculo-podal); cada cliente teria que percorrer todo o circuito pelo menos três vezes, sendo por vezes necessárias adequações das estações aos diferentes clientes; a segunda etapa desta fase era sempre uma Atividade de Grupo que poderia ser a Adaptação de um Desporto Coletivo (e.g.: Futebol com Vassouras, Badminton, Basquetebol) para potenciar também o trabalho em equipa, ou uma Atividade Lúdica (e.g.: Jogo das Cadeiras, Jogo das Estátuas); e

- **Fase Final:** Retorno à Calma e Diálogo Final - que tinha como principais objetivos a diminuição da frequência cardíaca e alongamento dos grupos musculares trabalhados; através das indicações verbais e demonstrações físicas da Estagiária, os clientes

dispunham-se em roda e, com especial atenção no controlo respiratório, alongavam as diferentes partes do corpo. Todas as sessões culminavam num balanço, feito verbalmente, do que havia sido trabalhado e de como cada cliente se havia sentido no seu decorrer.

O tipo de estratégias utilizado neste tipo de intervenção passou essencialmente pelo reforço positivo, feedback constante, tarefas com duração crescente para trabalhar a capacidade de manutenção da atenção e permanência na tarefa, complexificação gradual, atividades de interajuda entre clientes e, ainda, o recurso à “competição” como fator de motivação.

As sessões de IPM e AMA em contexto de grupo decorreram no ginásio da AACCCNEE com uma duração de, aproximadamente, 60 minutos, com uma frequência bissemanal, sendo que em uma das sessões semanais os dois grupos de clientes apoiados se encontravam juntos. Estas sessões ocorriam todas as Terças (sessão com UNECA Ocupacional) e Sextas de manhã e eram dirigidas pela Estagiária com a supervisão e apoio da Técnica Superior de Atividade Física (Coordenadora), com o auxílio de duas Ajudantes de Reabilitação (nas sessões apenas com o Grupo de Maior Autonomia e UNECA Ocupacional EBS de Velas), e com o auxílio de quatro Ajudantes de Reabilitação e ainda do Técnico Superior de Ciências Sociais nas sessões com todos os clientes, de ambos os grupos. A UNECA Ocupacional apenas participava nas sessões de IPM e AMA uma vez por semana.

#### *Intervenção Psicomotora em Ginásio (sessões individuais)*

As sessões de IPM individuais em contexto de ginásio eram realizadas apenas com o Grupo de Menor Autonomia, e incidiam ao nível dos sete fatores psicomotores com atividades específicas de acordo com a avaliação e os objetivos estabelecidos para cada cliente. Em contexto grupal, as sessões de IPM passavam essencialmente por circuitos com incidência motora e de organização e planeamento da ação.

As sessões individuais de Psicomotricidade em Ginásio decorreram no ginásio da AACCCNEE com uma duração de, aproximadamente, 45 minutos, e com uma frequência bissemanal. Este tipo de sessões era dirigido pela Estagiária com a supervisão e apoio da Técnica Superior de Atividade Física (Coordenadora). As sessões decorriam todos os dias da semana, estando os clientes divididos pelo horário de acordo com a disponibilidade da Estagiária (tabela 4). Neste tipo de sessões a sequência-tipo encontrase, normalmente, estruturada da seguinte forma (Anexo H):

- **Fase Inicial:** Ativação Geral - através da descoberta e exploração guiada onde eram colocados no espaço, ao dispor dos clientes, diferentes materiais a serem explorados;
- **Fase Fundamental:** Atividades de acordo com PII - que variavam de acordo com os objetivos estipulados no PII de cada cliente; i.e., os objetivos específicos para cada cliente eram trabalhados em tarefas com uma complexificação crescente, e tentando ir sempre de encontro à sua individualidade (e.g.: treino da marcha nas barras paralelas, treino da coordenação Óculo-manual com os arcos e os cones); e
- **Fase Final:** Retorno à Calma e Alongamento - com mobilização passiva de todos os grupos musculares envolvidos, bem como um alongamento dos M.I., M.S. e tronco.

O tipo de estratégias utilizadas neste tipo de intervenção passou essencialmente por um reforço positivo e feedback verbal constante. A escolha dos materiais de acordo com as preferências manifestadas pelos clientes foi uma estratégia a recorrer com alguma frequência. Outra estratégia, considerada pela Estagiária como das mais importantes, foi convidar os prestadores de cuidados a participar, primeiro de forma passiva, e depois ativamente nas sessões, de forma a compreender os objetivos que

estavam a ser trabalhados, e a forma de trabalho da Estagiária, para continuar este mesmo trabalho fora da Instituição. Infelizmente, a adesão e participação por parte dos prestadores de cuidados foi pouca, ou quase nenhuma.

#### *Terapia Psicomotora em Meio Aquático e Adaptação ao Meio Aquático com Iniciação à Natação (Sessões Individuais)*

Ao nível da literatura, a intervenção terapêutica em meio aquático é uma das práticas que mais se destaca em relação à população com necessidades especiais de apoios, enquanto promotora do desenvolvimento global da pessoa (Martins, 2001). Devido às propriedades físicas da água, e recorrendo aos efeitos físicos, fisiológicos e cinesiológicos que advém da imersão do corpo, trabalha-se no sentido da prevenção, reabilitação ou manutenção das capacidades funcionais do indivíduo, em diferentes faixas etárias (Candeloro e Caromano, 2007), tendo já sido apresentadas provas dos seus efeitos terapêuticos, sobretudo ao nível psicomotor, cognitivo, sensorial, psicológico e relacional (Ministério da Educação, 1987; Biasoli e Machado, 2006).

No meio aquático o corpo recebe constante e imediatamente um conjunto de estímulos sensoriais, estimulando toda uma série de capacidades psicomotoras (Matias, 2005) e qualquer intervenção neste meio, tal como no terrestre, deve acontecer de forma progressiva, no sentido da autonomia corporal, estimulando o seu próprio processo de maturação (Martins, 2001). A Intervenção Psicomotora em Meio Aquático parece apresentar inúmeros benefícios, devido à eficácia dos seus resultados em termos **fisiológicos** (controlo respiratório), **psicomotores** (diminuição do tônus muscular, melhorias ao nível do controlo postural e equilíbrio, maximização da coordenação motora, agilidade e precisão dos movimentos, entre muitos outros benefícios), **cognitivos** (manutenção da atenção e concentração), **emocionais, sociais e comunicativas** (promoção da consciência de si e das suas capacidades, aumento da autoestima e autoconfiança, promoção da regulação dos níveis de stress e de diferentes emoções, promoção da capacidade de socialização, comunicação e da capacidade adaptativa - Matias, 2005; Martins, 2001).

De uma forma geral, os objetivos psicomotores em meio aquático passaram por (Reis, 2008): tomada de consciência do esquema corporal, desenvolvimento da lateralização, equilíbrio, orientação, intensificação da atenção, desenvolvimento do sentido rítmico e da estruturação espaciotemporal, da criatividade, comunicação e interação com os outros. No CAO de Velas, ao longo das sessões foram dados apoios (e.g.: ajuda física, materiais - esparguete, pranchas, halteres, luvas, materiais lúdicos) para ajudar nos processos iniciais de adaptação ao meio e ao exercício, bem como para intensificar o trabalho de determinados objetivos, apesar dos apoios terem diminuído gradualmente para desafiar os clientes a adaptar as suas capacidades para manter o equilíbrio naquela atividade, tal como advogado por Matias (2005).

Denominadas na AACCCNEE por Hidroterapia, as sessões de Terapia Psicomotora em Meio Aquático (TPMA) tiveram a duração de 30 a 45 minutos (individuais) tendo sido realizadas na piscina interior do Ginásio *Gimni Centro Health Club*. O número de clientes apoiados neste domínio foi de 4, sendo que um destes clientes teve sessões de Adaptação ao Meio Aquático e, posteriormente, Iniciação à Natação. As sessões decorriam todas as Segundas, Quartas e Sextas de manhã. Todas as sessões foram dirigidas pela Estagiária com a supervisão de um Técnico Superior e auxílio de uma Ajudante de Reabilitação.

De uma forma geral, a sua sequência-tipo encontrava-se estruturada em três fases fundamentais (Anexo E):

- **Fase Inicial:** Diálogo Inicial e Ritual de Entrada na Piscina - o ritual de entrada que tinha



como primeira fase o sentar na beira da piscina e entrada progressiva de todo o corpo, e depois, já dentro de água, exploração livre da piscina em todo o seu comprimento com alguns materiais lúdicos, de acordo com as preferências do cliente;

- **Fase Fundamental:** Atividades de acordo com PII - recorrendo-se aos mais diversos materiais e englobando atividades desde a mobilização dos M.I. e M.S., até imersões, passando, em um dos casos, por uma aprendizagem das principais técnicas de natação (bruços, *crol* e costas); e

- **Fase Final:** Ritual de Saída da Piscina e Hidromassagem com o retorno à calma através da flutuação e mobilização passiva. No final de todas as sessões os clientes faziam sempre cerca de 10 minutos de Hidromassagem onde a diminuição do tónus muscular e espasticidade eram os principais objetivos.

As estratégias utilizadas nas sessões de TPMA passaram essencialmente pelo reforço positivo e feedback constante. O recurso recorrente ao lúdico, ao jogo e aos materiais coloridos e diversificados foram outras estratégias muito utilizadas pela Estagiária para conseguir manter a atenção dos clientes na tarefa proposta.

#### *Sessões de Estimulação Multi-Sensorial e Snoezelen*

---

O conceito *Snoezelen* tem origem na combinação da palavra *snuffeln* que significa cheirar, e da palavra *snoezelen*, que significa dormir (Verheul, 2010), representando uma atividade recreativa e relaxante de estimulação multissensorial. A sala de *Snoezelen* proporciona aos clientes um ambiente calmo onde são experienciados inúmeros e diversos estímulos, ao nível dos vários sentidos – visão, audição, olfato e tato. Este tipo de salas surgiu na Holanda, por volta dos anos 70, e tem vindo a evoluir na diversidade de materiais desde então (Verheul, 2010). Ainda de acordo com o autor os objetivos desenvolvidos nas sessões de *Snoezelen* vão depender das capacidades, dificuldades e características individuais da população-alvo, podendo este ser utilizado como um espaço de oferta seletiva de estímulos primários, como um espaço de bem-estar através da estimulação multissensorial.

A Oficina de Estimulação Multissensorial decorreu na Sala de *Snoezelen* da AACNNE com uma frequência bissemanal para o Grupo de Menor Autonomia, e uma vez por semana para o Grupo de Maior Autonomia. As sessões ocorreram todas as Segundas de manhã (Grupo de Maior Autonomia) e tarde (Grupo de Menor Autonomia), bem como Quartas de manhã (Grupo de Menor Autonomia). As sessões tiveram uma duração de 45 a 60 minutos e foram sempre dirigidas pela Estagiária com supervisão de um Técnico Superior e auxílio de duas Ajudantes de Reabilitação (Anexo F).

O tipo de sessões divergiu de um grupo para o outro, de acordo com o nível de funcionalidade de cada cliente, e de acordo também com os objetivos previamente estipulados para cada um.

#### *Sessões de Grupo de Expressão e Movimento*

---

Esta oficina pretendeu fazer uma conexão entre movimento e emoção, trabalhando com o corpo e a sua própria linguagem, procurando uma integração psicofísica do indivíduo (mente-corpo), desenvolvendo a maleabilidade dos corpos que se intercetam e se constroem num espaço e a um ritmo próprio (Cunha, 2010).

As sessões de Expressão e Movimento tiveram como objetivos promover uma melhor noção de corpo, permitir a descoberta do espaço próprio e do espaço partilhável, num tempo com um determinado fluxo de movimento, estimular a percepção e reconquista da sensibilidade pelos processos físicos, emocionais e cognitivos, desenvolver a concentração, fomentar a criatividade, promover a entreajuda, fomentar o espírito crítico



e melhorar a QV dos clientes. Esta atividade tem como objetivos específicos procurar novos caminhos e significados para o corpo e o movimento, pesquisar diferentes formas artísticas, promovendo workshops, intervenções e apresentações artísticas, enfatizando a experiência e o trabalho desenvolvido. Nesta oficina puderam ser incluídas áreas como a dança, o teatro, a expressão dramática e a música (Anexo G).

Esta oficina decorreu todas as Terças à tarde com a duração aproximada de duas horas. O local da oficina variava de acordo com o projeto em causa. No primeiro trimestre as Sessões de Expressão e Movimento englobaram uma parceria com o Centro de Atividades Ocupacionais – O Farol. Desta parceria, intitulada de Oficina de Movimento e Luz, resultou um momento coreográfico interpretado pelos clientes dos dois Centros, com o auxílio de algumas Ajudantes de Reabilitação. Esta peça foi apresentada no dia 3 de Dezembro de 2015, na Feira das Capacidades, evento realizado anualmente. Foi com imensa satisfação que ambas as Instituições participaram neste projeto, sendo uma iniciativa a repetir, num futuro próximo. Esta peça será novamente apresentada à Comunidade no dia 25 de Junho de 2016, apresentação esta inserida numa parceria com o *Gimni Centro Health Club* – Academia, na comemoração dos 25 anos da entidade.

No segundo trimestre a Oficina de Expressão e Movimento integrou um projeto com a turma de finalistas da Creche da Santa Casa da Misericórdia de Velas, dirigido pela Professora de Teatro desta Instituição, Andreia Melo, com o apoio da Estagiária. Este projeto compreendeu a interpretação de uma peça de teatro – A Nova História dos Sapatos Vermelhos, uma peça que conta a história de uma floresta repleta de seres encantados e de uma Rainha Fada que comanda todas as fadas e elfos. A história é interpretada pelos clientes de ambas as Instituições, intentando numa aproximação entre as crianças e os clientes do CAO. Esta peça foi apresentada à comunidade no dia Mundial da Dança, 29 de Abril de 2016, tendo resultado num momento puro de inclusão, alegria e arte, e será novamente partilhada com os demais no dia 1 de Junho de 2016, nas comemorações do Dia da Criança.

Feita uma descrição sumária dos principais contextos de intervenção é importante evidenciar e descrever as repercussões da entrada da Estagiária no funcionamento da Instituição. Com a chegada da Estagiária ao CAO de Velas, em associação a todas as reformulações de funcionamento interno implementadas pela nova Coordenação, foi feita uma proposta de reavaliação individual de todos os clientes para reformulação, ou formulação do PII. Esta proposta foi de imediato aceite pela Direção, tendo sido a Estagiária responsável por este mesmo processo de avaliação, com a supervisão dos Técnicos Superiores e Coordenadora. Posto isto, foram escolhidos os instrumentos de avaliação de acordo com o perfil dos clientes, foram pedidos os consentimentos informados aos prestadores de cuidados e responsáveis legais e foi iniciada a avaliação.

Após a descrição e apresentação de vários fatores e conceitos associados à DID, considera-se importante fazer alusão à descrição das escalas que possibilitaram a avaliação dos clientes. Por fim, são apresentados os procedimentos éticos e as condições de aplicação, de maneira a compreender melhor a forma como decorreu a aplicação das escalas.

## **Instrumentos**

---

A avaliação dos clientes do CAO de Velas decorreu entre os meses de Setembro e Dezembro. A primeira etapa do processo de avaliação passou pela resposta por parte dos prestadores de cuidados a uma Anamnese detalhada. Depois disto, todos os clientes foram avaliados, em primeiro lugar, com a aplicação da Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP). De seguida, foi aplicada a Escala de Intensidade de Apoios (EIA), com o objetivo de traçar um plano dos apoios que os clientes

necessitavam nos mais variados contextos, sendo também aplicada a Escala Pessoal de Resultados (EPR) e, em alguns clientes, a Escala de Avaliação da Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO). Finalmente, foi também aplicada a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM). Alguns dos instrumentos utilizados compreendiam apenas uma observação direta do cliente, outros, por outro lado, acarretaram uma participação ativa por parte dos prestadores de cuidados e responsáveis na resposta a variadas questões. No próximo ponto será feita uma descrição de cada um dos instrumentos de avaliação utilizados.

#### *ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO – VERSÃO PORTUGUESA (ECAP)*

A ECAP trata-se de uma revisão das Escalas de Comportamento Adaptativo norte-americanas (Lambert, Nihira e Leland, 1993) tendo sido modificados alguns itens devido a uma análise realizada em conjunto com diferentes instituições, em diferentes níveis de comportamento adaptativo (CA), de acordo com as características das pessoas com DID e dos valores socioculturais do país (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos, Morato e Luckasson, 2014).

A ECAP avalia o comportamento adaptativo de pessoas com DID institucionalizadas e seus pares, entre os 6 e os 60 anos de idade. Esta escala apresenta como principais objetivos específicos, a utilidade prático-pedagógica, a discriminação de áreas fortes e menos fortes, a identificação dos indivíduos abaixo da média nas habilidades adaptativas quando comparados com os seus pares, a possibilidade de acompanhar o progresso da intervenção e a avaliação do CA para efeitos de estudos de pesquisa (Santos e Morato, 2012a).

Esta escala permite a elaboração de planos habilitativos que visam o aumento da participação das pessoas com DID através de uma maior adequação dos apoios prestados, na vida diária em comunidade (Santos e Morato, 2007; Santos e Morato, 2012a), dado ser uma avaliação real e compreensiva da capacidade dos indivíduos para lidarem com as exigências do contexto onde se inserem, através da análise variada de comportamentos, situações e atividades diárias (Santos e Morato, 2012a), incluindo ainda o despiste de comportamentos que não se adequam com os padrões socioculturais. Importa ainda referir que a ECAP deve ser vista como um instrumento complementar de outras avaliações (Santos e Morato, 2012).

A escala (atual) encontra-se dividida em duas partes: a primeira ligada à independência pessoal que avalia as competências consideradas importantes para a autonomia e responsabilidade no quotidiano, agrupadas em dez domínios: Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização; a segunda parte da escala é referente a comportamentos desviantes, agrupados em oito domínios, relativos à manifestação de problemas de personalidade e de comportamento: comportamento social, conformidade, merecedor de confiança, comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento auto abusivo, comportamento sexual, ajustamento social e comportamento interpessoal perturbado (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014). A ECAP apresenta ainda a existência de cinco fatores, que se constroem com base em domínios específicos da parte I e II (Santos e Morato, 2012): Autossuficiência Pessoal, Autossuficiência na Comunidade, Responsabilidade Pessoal e Social, Ajustamento Pessoal e Ajustamento Social.

A ECAP pode ser preenchida por terceiros que tenham um contacto direto com o avaliado, capazes de recolher informação pertinente, revelando uma observação da qualidade da performance e não apenas do produto final, devendo todos os itens ser cotados de acordo com a realidade do avaliado (Santos e Morato, 2012). A cotação dos

itens da parte I faz-se ou pela complexidade crescente assinalando-se o nível mais elevado da tarefa, ou pelo Sim/Não. Na segunda parte os itens são cotados de acordo com a sua frequência, variando de 0 (nunca) a 2 (frequentemente - Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014).

A cotação, a interpretação e análise dos resultados, é feita segundo três perspetivas: através dos resultados dos itens, dos domínios e dos fatores, que permitem identificar as áreas fortes e as dificuldades (Santos e Morato, 2012). Os resultados da escala podem ser analisados de duas formas: tendo em conta os resultados dos domínios/fatores, ou os valores médios dos mesmos. A primeira permite uma descrição mais precisa das capacidades adaptativas específicas, mostrando as áreas fortes e menos fortes dos clientes, por outro lado, a segunda permite a observação do seu desempenho funcional na altura em que se processa a avaliação. Os autores defendem também a interpretação qualitativa de cada item, com o objetivo de obter uma maior especificidade (Santos e Morato, 2007).

A ECAP mostra ser um instrumento forte no que concerne quer à consistência interna, apresentado valores elevados do coeficiente de correlação (desde .82 até .99), quer à fiabilidade teste-reteste (valores entre .42 e .79) (Wells, Condillac, Perry e Factor, 2009). A versão Portuguesa do instrumento – ECAP – mostra também qualidades psicométricas positivas em relação à consistência e à validade interna dos domínios, com uma correlação entre os domínios da Parte I acima de .60 ( $p < .01$ ) com relações significativas entre os domínios, acontecendo o inverso nos domínios da parte II (Santos et al., 2014).

#### *ESCALA DE INTENSIDADE DE APOIOS*

O papel dos apoios na funcionalidade das pessoas com DID tem sofrido alterações ao longo dos tempos, originando a necessidade de criar uma ferramenta para a sua avaliação, culminando na Escala de Intensidade de Apoios (EIA). Esta escala é um instrumento de avaliação que, em vez de efetuar uma análise médica/biológica (na maioria das vezes revelando-se infrutífera), permite a descrição da performance em tarefas necessárias na sociedade e do funcionamento com sucesso na comunidade e de qual o tipo de apoio necessário (Thompson et al, 2004), numa abordagem focada em quatro componentes (Thompson et al, 2002; 2004; 2009):

- **Componente 1:** identificar experiências de vida desejadas e objetivos pessoais (considerando diversas áreas de apoio: Vida em casa; Vida Comunitária; Educação/Formação; Emprego; Saúde e Segurança; Comportamento; Social e Proteção e Advocacia), apelando à utilização de um modelo centrado na interação entre pessoa e envolvimento, advogando a autonomia e a autodeterminação das pessoas com DID;
- **Componente 2:** determinar e Avaliar a Intensidade das Necessidades de Apoio (Frequência, Duração e Tipo de Apoio) através de instrumentos padronizados e válidos; este perfil é fundamental como fonte de informação elementar, contribuindo para o design de um plano de intervenção específico para cada indivíduo, devendo ser complementado com outros processos de recolha de informação (observações, entrevistas, entre outros);
- **Componente 3:** desenvolver um Plano Individual de Apoio, que deve ser elaborado por uma equipa transdisciplinar para definir quais as prioridades da intervenção tendo sempre por base as preferências do indivíduo e das respetivas famílias, de forma a identificar e hierarquizar os apoios necessários; e
- **Componente 4:** processo de Monitorização constante que implica a avaliação dos resultados obtidos indo ao encontro da realização dos objetivos.

Ainda de acordo com os mesmos autores, os tipos de Apoio devem ser adaptados às necessidades e preferências individuais, para uma boa implementação das práticas e planos de apoio personalizados. A disposição do apoio deve ser flexível, i.e., passível de alterações sempre que necessário, ressaltando-se a importância de reavaliações periódicas para a monitorização do processo de intervenção. A priorização e a hierarquização dos apoios devem ser consideradas, de acordo com percepções objetivas e subjetivas dos sujeitos, da sua família e prestadores de cuidados. A EIA divide-se em três secções (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009):

- **Secção 1** - Escala das Necessidades de Apoio: composta por 49 itens de atividades da vida, agrupadas em seis subescalas de atividades de: vida diária, vida comunitária, aprendizagem ao longo da vida, profissionais, saúde e segurança e sociais;
- **Secção 2** - Escala Suplementar de Proteção e Representação: composta por oito atividades de autorrepresentação; e
- **Secção 3** - Necessidades Excepcionais de Apoio Médico e de Conduta: composta por 15 itens de condição médica e 13 itens de problemas de comportamento.

As secções 1 e 2 são cotadas numa escala de cinco pontos (de 0 a 4 valores) de acordo com o tipo de apoio (variando entre sem apoio e ajuda física completa), a frequência (número de vezes que o apoio é necessário para a realização da tarefa) e o tempo diário de apoio para participar na atividade com sucesso. Os itens da secção 3 são avaliados numa escala de três pontos (de 0 a 2 valores), em que 0 corresponde ao “não necessitar de apoio”, e, por sua vez, o 1 corresponde ao “necessitar de algum apoio”, enquanto que o 2 reflete uma “elevada necessidade de apoio” (Thompson et al. 2009). O total da pontuação dos apoios obtido através das 6 subescalas da primeira secção desta escala, é usado para calcular o Índice de Necessidades de Apoio (Harries et al., 2005).

A EIA é, portanto, um instrumento que tem por base as necessidades de apoio, e não o diagnóstico em si, focando-se na funcionalidade e independência. É uma escala válida do ponto de vista psicométrico apresentando valores de consistência interna forte (entre .91 e .99) e teste-reteste (entre os .52 e .84). As ilações retiradas da aplicação da EIA representam um forte pilar na elaboração de planos de intervenção (Santos et al., 2008; Thompson et al, 2004). É uma escala com utilização internacional, estando traduzida para diversas línguas, sendo um instrumento de fácil aplicação. É também uma ferramenta de capacitação, uma vez que dá ao indivíduo com DID, a oportunidade de planear a sua vida, a partir das suas escolhas (Santos et al, 2008).

#### **ESCALA PESSOAL DE RESULTADOS**

A Escala Pessoal de Resultados (EPR) tem como principal objetivo avaliar a QV das pessoas com DID (Simões e Santos, 2012) e deriva da *Personal Outcome Scale* (POS – Claes, Loon, Hove, Vandeveld e Schalock, 2009). A EPR é uma escala multidimensional, hierárquica com propriedades culturais e universais, baseada em oito domínios e três fatores: domínios do desenvolvimento pessoal e autodeterminação (fator independência), domínios das relações interpessoais, inclusão social e direitos (fator participação social), domínios do bem-estar emocional, físico e material (fator bem-estar - Simões e Santos, 2012; Simões e Santos, 2014; Simões, Santos e Claes, 2015a; Simões, Santos e Biscaia, 2016).

Esta escala é constituída por duas partes: **Opinião Pessoal/Autorrelato** que é dirigida à pessoa com DID avaliada e **Observação Direta** que deve ser preenchida por uma pessoa próxima do avaliado, nomeadamente família ou técnico. Estas duas partes são compostas por quarenta e oito questões, cada uma, que se subdividem pelos oito domínios (seis questões para cada domínio – Simões e Santos, 2012; Simões et al., 2016).

A pontuação de cada item é feita com base numa escala tipo *Likert* com três opções (3=opção esquerda, 2=opção do meio, 1=opção da direita) e a pontuação dos seis itens de cada domínio é somada para indicar a pontuação total do mesmo domínio. A pontuação do fator é dada pela soma dos dois ou três domínios constituintes. De seguida, a pontuação dos três fatores é somada para demonstrar o indicador da QV. Estas pontuações devem ser transferidas para a ficha de Perfil Individual do avaliado (Simões e Santos, 2012).

A EPR deve ser aplicada por um profissional com experiência no campo da DID e formação na administração, cotação e interpretação da avaliação comportamental, que conheça e compreenda o conceito de QV e a sua importância para esta população. O entrevistador deve ainda ter em conta as características pessoais, diferenças culturais e sentimentos do avaliado, que podem contribuir para algumas adaptações no momento da aplicação (Simões e Santos, 2012; Simões e Santos, 2014; Simões et al., 2015; Simões et al., 2016).

No que concerne às propriedades psicométricas, e de acordo com Simões et al. (2015) é uma escala válida com domínios com significado conceptual. Simões et al., (2015), avaliaram as propriedades psicométricas da EPR e encontraram valores adequados de teste-reteste ( $r$ 's a variar entre  $.67 > r < .92$ ), bem como uma consistência interna moderada ( $\alpha$  de cronbach =  $.87$  para o Questionário de Opinião Pessoal/Autorrelato e  $.90$  no Questionário de Observação Direta) (Simões e Santos, 2014; Simões et al., 2015a). A validade de conteúdo (Simões e Santos, 2014) e a análise fatorial confirmatória demonstraram a sua validade (Simões et al., 2016).

#### *TESTE DE PROFICIÊNCIA MOTORA DE BRUININKS-OSERETSKY – Aplicação (forma reduzida)*

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2) é um instrumento de aplicação individual, que avalia a proficiência motora, quer ao nível da descoberta de talentos, quer ao nível da identificação de défices motores e reabilitação (Bruininks e Bruininks, 2005; Duarte, Carvalho, Rodrigues e Morato, 2005). Pode ser aplicado a crianças e jovens entre os 4 e os 21 anos, sendo um teste normativo para comparação com os pares. O teste deve ser aplicado consoante o protocolo e de acordo com as necessidades individuais (Bruininks e Bruininks, 2005; Duarte et al., 2005).

De acordo com Shumway-Cook e Woollacott (2001), a estrutura do TPMBO-2 é baseada na estrutura do TPMBO original, com alterações feitas que destacam a *performance* motora, as áreas funcionais de estabilidade, mobilidade, força e manipulação de objetos, representado também uma orientação para a intervenção. A forma reduzida do TPMBO-2 - FR consiste, então, em apenas 14 itens, cuidadosamente representativos dos oito subtestes para abranger uma ampla gama de habilidades, num resultado único de toda a Proficiência Motora. A preferência pela utilização da forma reduzida do instrumento deveu-se essencialmente à sua rápida e fácil administração. Em cada item, é registada a prestação do avaliado, correspondendo depois a uma pontuação e, para cada subteste, é feito o somatório destes pontos e, no final, obtém-se uma pontuação total (Bruininks e Bruininks, 2005).

As áreas motoras avaliadas são (Bruininks e Bruininks, 2005):

- **Controlo Manual Fino:** habilidades envolvidas na escrita e no desempenho, que requerem um grau de precisão relativamente elevado;
- **Coordenação Manual:** habilidades motoras envolvidas no alcançar, agarrar, manipulação de objetos, com ênfase na velocidade, destreza e coordenação dos M.S. e mãos;



- **Controlo do Corpo:** habilidades envolvidas no equilíbrio e na coordenação dos M.S. e M.I.; e
- **Força e Agilidade:** força dos grandes grupos musculares, a velocidade motora e as habilidades motoras envolvidas na manutenção de uma boa posição enquanto anda e corre;

Os autores originais conduziram inúmeros estudos ao nível das propriedades psicométricas evidenciando que a coerência interna apresenta coeficientes de confiabilidade que variam de 0,78 a 0,97. A validade inter-observadores varia entre .90 e .97. O teste encontra-se em processo de validação a nível nacional.

#### *Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca*

A Bateria Psicomotora (BPM) é um instrumento de avaliação caracterizado por um conjunto de tarefas que têm por objetivo detetar algum tipo de dificuldade funcional, em termos psicomotores e de aprendizagem. Este instrumento é aplicado a crianças entre os 4 e os 12 anos para auxiliar na identificação de sinais psicomotores (Fonseca, 2012). A BPM avalia sete fatores: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina, sendo cada um constituído por um conjunto de tarefas, cotadas de 1 a 4 (Fonseca, 2012):

- 1 ponto (**Apraxia**) – ausência de resposta, realização imperfeita, incompleta, inadequada e descoordenada – muito fraco e fraco; disfunções evidentes e óbvias, objetivando dificuldades de aprendizagem significativas;
- 2 pontos (**Dispraxia**) – realização fraca com dificuldade de controlo e sinais desviantes – fraco, insatisfatório; disfunções ligeiras, objetivando dificuldades de aprendizagem;
- 3 pontos (**Eupraxia**) – realização completa, adequada e controlada, bom; disfunções indiscerníveis, não revela dificuldades de aprendizagem; e
- 4 pontos (**Hiperpraxia**) – realização perfeita, precisa, económica e com facilidades de controlo revelando facilidades de aprendizagem.

A cotação máxima da prova chega aos 28 pontos (perfil hiperprático) e a mínima é de 7 pontos (perfil aprático - Fonseca, 2012). Através das tarefas que fazem parte da BPM é possível uma identificação do nível de maturidade psicomotora da criança e, consequentemente, uma deteção de sinais desviantes (Fonseca, 2012). Na população em causa, e apesar de todos os clientes do CAO terem idades superiores a 12 anos, a aplicação da BPM foi de extrema importância para aferir o perfil psicomotor de cada um.

#### *DAP – Desenho de uma Pessoa*

O DAP representa um sistema de cotação quantitativo que pretende avaliar a noção corporal da pessoa, e em alguns casos, avaliar a maturidade intelectual nas suas funções perceptivas, de abstração e generalização. Pode também ser considerado um teste projetivo através do qual a pessoa expressa traços da sua personalidade, necessidades e emoções. É um teste não-verbal, individual e de fácil aplicação, com uma duração aproximada de 15 minutos (Naglieri, 1988).

Os resultados obtidos em cada um dos instrumentos, em conjunto com o percurso individual de cada cliente, permitiram traçar um conjunto de objetivos que delinearam um PII cujo objetivo máximo se centra na otimização da funcionalidade do cliente nos mais variados domínios da sua vida.

#### *Procedimentos*

Todos os instrumentos e escalas foram aplicados nas instalações do CAO, mais especificamente no Ginásio, sempre na presença da Estagiária e do Técnico Superior de Atividade Física (Coordenadora), quer nos casos de observação direta, como nos casos de questionário feito aos prestadores de cuidados/clientes. Em casos em que os prestadores de cuidados não mostraram disponibilidade para responder aos questionários, e os clientes não apresentavam condições de o fazer, estes foram respondidos pela Ajudante de Reabilitação que há mais tempo convivia com o cliente. A duração da aplicação dos instrumentos variou de acordo com o tipo de Escala. Todos os prestadores de cuidados e responsáveis legais assinaram um Consentimento Informado dando autorização para a sua participação e aplicação dos diferentes instrumentos, o qual continha uma enumeração dos instrumentos aplicados e uma breve descrição dos mesmos. No consentimento informado estava clara a confidencialidade dos resultados (Anexo B).

O primeiro elemento avaliativo a ser aplicado foi a Anamnese, individualmente, a cada prestador de cuidados ou responsável legal sob a forma de entrevista semiestruturada. Em seguida, procedeu-se à aplicação da ECAP aos prestadores de cuidados sob a forma de entrevista estruturada com uma duração aproximada de 60 minutos. Os resultados da ECAP nos diversos domínios permitiram traçar um perfil adaptativo, ajudando a identificar as áreas fortes e menos fortes, bem como as áreas prioritárias de acordo com a idade e os valores socioculturais expectáveis.

A EIA foi aplicada sob a forma de questionário aos prestadores de cuidados/responsáveis legais no mesmo dia da aplicação da ECAP. Teve uma duração de aproximadamente 50 minutos e os entrevistados revelaram, genericamente, algumas dificuldades na compreensão do seu funcionamento. Alguns dos resultados evidenciaram discrepâncias, muito provavelmente, pelas dificuldades por parte dos questionados em perceber o valor hipotético do instrumento (e.g.: se o meu filho fizesse a sua higiene que tipo, frequência e tempo diário de apoio precisaria?).

A EPR compreendeu duas fases de aplicação: numa primeira foi aplicado o Questionário aos prestadores de cuidados/responsáveis legais (no caso dos clientes com limitações nos domínios da linguagem e/ou compreensão) ou ao próprio, e numa segunda fase foi feita a observação direta dos conteúdos da escala. A parte do autorrelato teve uma duração de aproximadamente 20 minutos e a do prestador de cuidados 30 a 40 minutos. Os valores obtidos em cada uma das fases da aplicação do instrumento foram comparados para se ver a diferença entre a opinião do cliente/prestador vs observação direta.

A BPM foi aplicada, de forma individual, com uma duração aproximada de 40-50 minutos. A soma dos valores obtidos em cada tarefa leva a um valor representativo de um tipo de perfil (aprático, disprático, euprático, hiperprático) e, o resultado dos perfis em cada um dos sete fatores, por sua vez, leva à identificação do perfil psicomotor global.

O TPMBO-2 foi aplicado apenas ao Grupo de Maior Autonomia, num total de seis clientes, de forma individual, tendo-se realizado, paralelamente, uma observação qualitativa. A sua aplicação teve uma duração entre 30 a 40 minutos. Os subtestes estão organizados para que as atividades de papel e lápis venham primeiro que as atividades que envolvem esforço físico. Assegura-se assim, que as atividades que requerem precisão e firmeza não sejam influenciadas pela fadiga. A duração de aplicação do teste dependeu do avaliado, demorando em média cerca de 15 a 20 minutos. O TPMBO-2 é um teste de fácil e rápida administração. Torna-se também importante referir que devido ao não acesso à Mala de Administração do teste todos os objetos tiveram que ser adaptados, o que pode, de alguma forma, ter influenciado os resultados obtidos.



O DAP foi aplicado de forma individual com uma duração aproximada de 15 minutos. No caso deste instrumento foi feita uma avaliação qualitativa dos resultados e posterior comparação a critério com os scores do 2º momento de avaliação.

## Resultados da Avaliação

Os valores obtidos resultaram na elaboração de Relatório de Avaliação com um balanço dos principais pontos evidenciados por cada instrumento e, posteriormente, na elaboração de PII, que contemplaram objetivos gerais e específicos, bem como critérios de êxito, linha temporal e estratégias de intervenção específicas para cada cliente.

O Relatório de Avaliação (Anexo C) representa um documento-chave no processo de intervenção na medida em que conclui o processo de avaliação retratando uma síntese e análise dos resultados obtidos e consequente perfil intraindividual. Este documento encontra-se dividido em três partes: Caracterização da Pessoa, Resultados da Avaliação com o Perfil Intraindividual e os Objetivos de Intervenção, e Recomendações. Na caracterização da pessoa foram apresentados os dados resultantes da Anamnese e Análise Corporal e Morfológica. Posteriormente, na parte dos Resultados da Avaliação são feitas breves descrições dos instrumentos aplicados e uma apresentação quantitativa dos resultados obtidos, normalmente sob a forma de tabelas, com uma posterior análise qualitativa dos resultados (são expostos os resultados de todos os domínios/partes dos diferentes instrumentos e são também especificados alguns pontos que possam ter uma maior importância para a preparação do PII). Finalmente, na última parte do Relatório de Avaliação foi feita uma síntese das principais áreas fortes e menos fortes da pessoa e traçado assim um perfil intraindividual guiando toda a intervenção (tabelas 5 a 10), considerando as informações recolhidas e os resultados obtidos.

De uma forma genérica, são exemplos de alguns objetivos gerais e específicos, nos diferentes contextos:

**Tabela 5 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões Individuais de Intervenção Psicomotora.**

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>DESENVOLVER A AUTONOMIA NA MARCHA;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O B. deve ser capaz de andar, sem apoio, sem arrastar os pés, durante pelo menos 5 metros;</li> <li>▪ O B. deve ser capaz de andar, sem apoio, sem apresentar instabilidade e desequilíbrio, durante pelo menos 3 metros;</li> <li>▪ O B. deve ser capaz de contornar 5 cones, sem apoio, sem derrubar nenhum dos obstáculos;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER A MOBILIDADE DOS M.S.;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A C. deve ser capaz de alcançar uma bola colocada pela Estagiária acima da linha dos olhos, com ambas as mãos, pelo menos 5 das 10 tentativas;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER A MOTRICIDADE GLOBAL E FINA;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O M. deve ser capaz de acertar com as argolas no cone, sem apoio, pelo menos 3 das 5 tentativas;</li> <li>▪ O M. deve ser capaz de colocar as bolas no respetivo encaixe, apenas com apoio verbal, acertando em pelo menos 5 das 10 tentativas;</li> <li>▪ O M. deve ser capaz de construir uma torre com, pelo menos, 5 cubos;</li> </ul>

**Tabela 6 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões Grupais de AMA de Intervenção Psicomotora.**

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>DESENVOLVER A MOTRICIDADE GLOBAL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os clientes devem ser capazes de permanecer em pé, sem apoio, pelo menos durante 20 minutos;</li> <li>▪ Os clientes devem ser capazes de saltar de um pé para o outro, com fase aérea, pelo menos 10 repetições sem descanso;</li> <li>▪ Os clientes devem ser capazes de se manter em apoio unipodal, sem apoio, pelo menos durante 10 segundos;</li> <li>▪ Os clientes devem ser capazes de saltar a pés juntos, sem apoio, pelo menos 5</li> </ul>

**Tabela 6 (cont.) - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões Grupais de AMA de Intervenção**

<b>MELHORAR A CAPACIDADE AERÓBIA;</b>	vezes;
	▪ Os clientes devem ser capazes de andar em equilíbrio sobre uma linha desenhada no chão, ao longo de 2 metros sem apoio, não podendo desequilibrar-se mais do que 2 vezes;
	▪ Os clientes devem ser capazes de subir uma escada com 10 degraus, apenas com o apoio do corrimão;
	▪ Os clientes devem ser capazes de atirar uma bola por cima do ombro;
	▪ Os clientes devem ser capazes de andar, sem apoio, durante pelo menos 10 minutos;
	▪ Os clientes devem ser capazes de correr, sem apoio, pelo menos durante 1 minuto;

**Tabela 7 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões de Terapia Psicomotora em Meio Aquático.**

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>PROMOVER O AUMENTO DA MOBILIDADE ARTICULAR (M.S. E M.I.) COM FUNÇÃO LOCOMOTORA;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O B. deve ser capaz de efetuar o movimento de batimento de pernas em decúbito ventral, com alternância e apenas com o apoio do esparguete na zona do tronco, percorrendo 1 piscina completa sem colocar os pés no chão;</li> <li>▪ O B. deve ser capaz de efetuar o movimento de batimento de pernas em decúbito dorsal, com alternância e apenas com o apoio do esparguete na zona do tronco, percorrendo 1 piscina completa sem colocar os pés no chão;</li> <li>▪ O B. deve ser capaz de efetuar o movimento de braços com os M.S., em posição vertical com os pés apoiados, com os dois braços em simultâneo, percorrendo 1 piscina completa;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER O EQUILÍBRIO ESTATICO HORIZONTAL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A C. deve ser capaz de se manter em flutuação, em decúbito dorsal, com o apoio de 2 esparguetes, na zona do tronco e na zona dos joelhos, sem apresentar desequilíbrios laterais, durante pelo menos 1 minuto;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER O EQUILÍBRIO DINÂMICO VERTICAL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A C. deve ser capaz de percorrer 1 piscina em posição de “cavalinho”, com apoio físico parcial da Estagiária e o esparguete colocado entre os M.I., contrariando a inércia da água, podendo desequilibrar-se apenas 2 vezes;</li> </ul>

**Tabela 8 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões de Iniciação à Natação.**

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>DESENVOLVER A CAPACIDADE DE PROPULSÃO;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A M.J. deve ser capaz de efetuar o movimento de deslize em decúbito dorsal, com 2 pés apoiados na lateral da piscina, fletindo os M.I. para iniciar o movimento, deslizando pelo menos ao longo de 2 metros sem afundar;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER O BATIMENTO DE M.I. EM DECÚBITO VENTRAL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A M.J. deve ser capaz de bater os M.I. em decúbito ventral, com a prancha como suporte dos M.S., alternadamente, percorrendo 1 piscina sem colocar os pés no fundo;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER O MOVIMENTO DE M.S. DO CROL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A M.J. deve ser capaz de efetuar o movimento de M.S. do <i>crol</i>, com o auxílio da prancha, alternando os M.S. com movimentos amplos;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER A APRENDIZAGEM DA TÉCNICA DE CROL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A M.J. deve ser capaz de coordenar os movimentos dos M.I. e M.S. da técnica de <i>Crol</i>, sem apoio, podendo recorrer ao apoio dos pés no fundo apenas 2 vezes ao longo de 1 piscina;</li> </ul>

**Tabela 9 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões de Estimulação Multissensorial/Snoezelen.**

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>GRUPO DE MAIOR AUTONOMIA</b>	
<b>PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os clientes devem ser capazes de tocar com a bola de textura nas partes do corpo indicadas pelo psicomotricista, acertando pelo menos 3 das 5 tentativas;</li> <li>▪ Os clientes devem ser capazes de identificar que parte do corpo está em determinado momento a ser massajada pelo tapete;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER SENTIDO TÁTIL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os clientes devem ser capazes de identificar os objetos dados pelo psicomotricista, sem olhar, acertando pelo menos 3 dos 5 objetos;</li> <li>▪ Os clientes devem ser capazes de manipular os diferentes objetos dados pelo psicomotricista;</li> </ul>

**Tabela 9 (cont.) - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões de Estimulação Multissensorial/Snoezelen.**

<b>DESENVOLVER SENTIDO AUDITIVO;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de identificar os sons e dizer o que representam para eles (eg. Animais, mar, vento, chuva, multidão, entre outros), acertando pelo menos 3 das 5 tentativas;</li> <li>Os clientes devem ser capazes de seguir o som, feito pelo psicomotricista, com o olhar;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER SENTIDO OLFATIVO;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de identificar os cheiros dados pela Estagiária (eg. Canela, Sabão, incenso, entre outros), acertando pelo menos 2 das 5 tentativas;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER SENTIDO VISUAL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de identificar as cores nas colunas de água e no projetor espacial, acertando pelo menos 3 das 4 cores apresentadas;</li> <li>Os clientes devem ser capazes de carregar na cor pedida pela Estagiária, acertando pelo menos 2 das 4 tentativas;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER CAPACIDADE DE VERBALIZAÇÃO DE SENSações;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de identificar as sensações incitadas pela Estagiária através do contato com objetos a diferentes temperaturas;</li> <li>Os clientes devem ser capazes de verbalizar as diferentes velocidades (eg. rápido, lento) através do contato do corpo com o tapete de massagens;</li> </ul>
<b>GRUPO DE MENOR AUTONOMIA</b>	
<b>DESENVOLVER SENTIDO TÁTIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de manipular os diferentes objetos dados pelo psicomotricista;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER SENTIDO AUDITIVO;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de seguir o som, feito pela Estagiária, com o olhar;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER SENTIDO OLFATIVO;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de sentir os diferentes odores cedidos pela Estagiária;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER SENTIDO VISUAL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de associar o toque no botão à mudança de cor nas colunas de água, obedecendo ao comando da Estagiária "Muda a cor da coluna".</li> </ul>

Todas as sessões de estimulação sensorial terminaram com uma mobilização passiva dos M.S, M.I., Tronco e Pescoço. No grupo de maior autonomia, após a mobilização passiva, dá-se um momento de retorno à calma através da concentração no ritmo respiratório, em decúbito dorsal, com as duas mãos sobre a barriga e de olhos fechados, apenas ouvindo as instruções calmas da Estagiária.

**Tabela 10 - Objetivos Gerais e Específicos nas Sessões de Expressão e Movimento.**

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>GRUPO DE MAIOR AUTONOMIA</b>	
<b>DESENVOLVER A CAPACIDADE REPRESENTATIVA;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de representar através do corpo, gestos e sons, o animal representado na imagem, apenas com apoio verbal do psicomotricista;</li> <li>Os clientes devem ser capazes de reproduzir o gesto demonstrado pela Estagiária, apenas com apoio verbal do mesmo;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER A CAPACIDADE DE MEMORIZAÇÃO;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de memorizar uma sequência coreográfica simples, de 8 tempos, podendo cometer apenas 1 erro na demonstração individual;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER A CRIATIVIDADE E CAPACIDADE DE ORGANIZAÇÃO;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de criar uma sequência coreográfica de 8 tempos, com ajuda verbal da Estagiária, organizando os movimentos numa sequência lógica;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER A CAPACIDADE DE IMPROVISAR;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de improvisar uma sequência de movimentos livres, ao som da música;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER A NOÇÃO DE RITMO;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os clientes devem ser capazes de repetir os ritmos simples (até 5 batidas) feitos pela Estagiária, com os batimentos das mãos ou pés no chão, podendo enganar-se apenas em 2 das 3 repetições;</li> </ul>

No final de todas as sessões de Expressão e Movimento foram desenvolvidas atividades de contacto-improvisação, dois a dois, em que os clientes tinham de improvisar movimentos sempre em contacto com o corpo do outro. Neste tipo de

atividades a pessoa só se movimenta quando tiver em contacto direto, e os seus movimentos deveriam ser uma consequência do movimento do outro (Leite, 2005). Inicialmente os pares eram compostos por um cliente e um Técnico/Ajudante de Reabilitação, mas numa fase mais avançada foi possível realizar a atividade com dois clientes como par. Numa primeira fase, e para quebrar a inibição associada ao contacto direto foram utilizados materiais como um intuito mediador (e.g.: bolas, cordas). Optou-se por colocar as atividades de contacto-improvisação no final de cada sessão pois nesta fase mais avançada da prática os clientes já se encontravam mais familiarizados com a presença e o contacto com o outro.

A última fase de todas as sessões passou pelo Retorno à Calma em que, com apoio verbal e instruções constantes, demonstração da Estagiária e ao som de uma música calma, os clientes iam diminuindo a amplitude de movimentos até ficarem imóveis no chão. De seguida era feita uma sequência de alongamentos dos membros superiores e inferiores e do tronco. As sessões terminavam com uma atividade de relaxação em que os clientes, deitados no chão em decúbito dorsal, deviam fechar os olhos e colocar as mãos sobre a sua barriga, e ficar apenas a ouvir a voz da Estagiária e sentir a sua respiração.

Das sessões de Expressão e Movimento resultaram composições coreográficas apresentadas à comunidade, algumas vezes em conjunto com os restantes clientes do Grupo com Menor Autonomia, ou até em conjunto com outras instituições, tal como referido anteriormente.

Todos os objetivos acima mencionados integraram o PII, elaborado pela Estagiária em Outubro de 2015 e reavaliado em Maio de 2016. Toda a intervenção seguiu uma linha multidisciplinar abordando todos os contextos de funcionamento do CAO, sendo que as linhas orientadoras do PII não se cingiram a conduzir apenas a IPM, como também todas as Oficinas que constituem o Plano Semanal de Atividades Regulares da Instituição.

### *Estratégias de Intervenção*

Em todas as sessões individuais e de grupo existiram algumas estratégias que facilitaram o processo interventivo: desde a utilização de tarefas simples em complexificação progressiva, facilitando a aquisição dos objetivos e motivação dos clientes, ao recurso a atividades significativas, procurando ir ao encontro dos gostos pessoais. No que diz respeito à postura da Estagiária, o tipo de instruções também influenciou claramente o decorrer da intervenção. Instruções simples, precisas e claras, feedback e reforço positivo constante também foram estratégias de importância extrema. Finalmente é importante mencionar que a realização das atividades em ambientes calmos, sem estímulos distráteis facilitou a permanência na tarefa e manutenção da atenção.

### **Resultados dos clientes/grupos**

Como já foi referido anteriormente, após nove meses (Setembro-Maio) de intervenção direta com todos os clientes do CAO de Velas pareceu relevante fazer uma reavaliação para adequar o PII, tendo sido aplicados os mesmos instrumentos. Dessa reavaliação resultaram alguns pontos importantes de ser mencionados em termos de evolução dos clientes, bem como em termos de estratégias e readequações do processo de intervenção.

Apesar de toda a reavaliação detalhada se mostrar evidenciada mais à frente, no Capítulo Estudo de Caso, de seguida serão expostas, em linhas gerais, as principais aquisições alcançadas pelos diferentes clientes nos diferentes domínios, e também as recomendações da Estagiária para adaptação do PII (tabela 11).

**Tabela 11 - Síntese das principais evoluções dos clientes nos diferentes contextos de atuação**

<u>Cliente</u>	<u>Domínio</u>	<u>Objetivos Gerais</u>	<u>Estratégias/Adequações</u>
<b>M.</b>	Autonomia e Funcionalidade	Desenvolver a capacidade de subir/descer escadas com alternância da passada;	Adequar o treino da escada para uma mais estreita com possibilidade de agarrar ambos os corrimões e assim evitar o posicionamento lateral (duas mãos no mesmo corrimão) e potenciar a alternância da passada ao invés da subida/descida sempre com a perna dominante (competência já adquirida);
	Motricidade Global e Fina	Desenvolver a capacidade de pontapear uma bola;	Competência não adquirida. O tempo reduzido de permanência na tarefa e a concentração diminuta dificultam todas as tarefas que impliquem obedecer a comandos. Optar por instruções claras, curtas e sempre iguais pode facilitar o trabalho com este cliente. O treino do equilíbrio é um precedente para a aquisição deste objetivo, visto que na posição sentado, o cliente pontapeia a bola.
	Autonomia e Funcionalidade	Desenvolver a preensão palmar da colher adaptada e posterior movimento de flexão do braço e antebraço para levá-la à boca;	Continuar o treino da colher à hora das refeições evitando o apoio físico total.
	Autonomia e Funcionalidade	Desenvolver a capacidade de permanecer de pé, com apoio da barra, sem apresentar desequilíbrio;	Tendo em conta que a cliente manifesta uma tendência a sentar-se no chão sempre que colocada de pé junto à barra, é importante reforçar a utilização do <i>standing frame</i> para que a cliente se habitue a estar na posição bípede. Aquando a sua colocação na barra pode ser dado, inicialmente um apoio físico parcial através da banda, apoio este que deve ser gradualmente reduzido.
	Estimulação Sensorial	Desenvolver a capacidade de reação a diferentes odores, afastando-se ou aproximando-se da fonte dos mesmos;	A atitude passiva do cliente em relação ao envolvimento dificulta todo o tipo de estimulação sensorial. Apostar em odores mais fortes (e.g. vinagre e pimenta) pode ser uma estratégia para incentivar a reação do cliente.
	Autonomia e Funcionalidade	Desenvolver a capacidade de se colocar na posição bípede, com recurso às barras paralelas;	A pouca mobilidade ao nível dos M.I., em conjunto com a falta de força abdominal e o excesso de peso, dificultam a aquisição da posição bípede por parte da cliente. O recurso ao seu brinquedo preferido e o reforço verbal constante podem incentivar a cliente a colocar-se de pé para conseguir agarrar o objeto pretendido.

**Tabela 11 (cont.) - Síntese das principais evoluções dos clientes nos diferentes contextos de atuação**

<b>N.</b>	Autonomia e Funcionalidade	Desenvolver a capacidade de lavar as mãos e enxugar, autonomamente;	Competências já adquiridas pelo cliente, apesar de em algumas situações se mostrar desatento e se “esquecer” das tarefas.
<b>I.</b>	Autonomia e Funcionalidade	Desenvolver a capacidade de se vestir completamente de forma autónoma;	As dificuldades em manter a concentração e o tempo diminuto de permanência na tarefa dificultam a aquisição das competências. A cliente sabe quais os passos para completar a tarefa, no entanto distrai-se com muita facilidade e necessita de um reforço verbal constante e repetitivo. É muito importante continuar a trabalhar no sentido da autonomia no vestuário, especificamente, no perceber qual o lado correto, i.e., não vestir roupa do avesso.
<b>A.</b>	Autonomia e Funcionalidade	Desenvolver a capacidade de concentração e permanência na tarefa;	Planear atividades simples e de acordo com os gostos pessoais da cliente. Trabalhar a capacidade de permanência da tarefa em contexto individual, num ambiente sem estímulos distráteis.
<b>C.</b>	Interação e Comunicação	Desenvolver o controlo das emoções e da proximidade aquando o contacto com estranhos;	Dar um reforço verbal constante em todas as situações de contacto com estranhos.
<b>M.J.</b>	Motricidade Global	Desenvolver o movimento de batimento dos M.I. em meio aquático com efeito propulsor;	O batimento alternado e coordenado dos M.I. é competência já adquirida, mas a cliente apresenta ainda dificuldades na flutuação, deixando afundar a cintura pélvica e M.I., perdendo o efeito propulsor. O treino com flutuador na zona da bacia parece uma boa estratégia para potenciar esta aquisição.

Agora fazendo uma alusão aos quatro contextos de intervenção da estagiária, a tabela 12 sintetiza, de uma forma genérica, algumas das evoluções verificadas, bem como estratégias e readaptações do PII.

**Tabela 12 - Síntese dos Resultados da Reavaliação/Evolução dos Clientes**

<u>Contextos de Intervenção</u>	<u>Objetivos Gerais</u>	<u>Observações</u>	<u>Estratégias/Adequações</u>
<b>Intervenção Psicomotora em Ginásio</b>	Melhorar a capacidade aeróbia;	Os clientes do Grupo de Maior Autonomia mostram pouca resistência em termos de capacidade cardiorrespiratória, apresentando cansaço com muita frequência. As sessões de AMA e as caminhadas realizadas nas Saídas ao Exterior estão a surtir efeitos neste sentido. Atualmente, os clientes já mostram uma maior resistência e predisposição para a atividade física.	É de extrema importância manter as sessões de AMA na rotina semanal da instituição. Fomentar a participação deste Grupo de clientes em atividades e eventos deste tipo organizados na comunidade também parece uma estratégia adequada para o futuro. As parcerias com a UNECA Ocupacional e com o <i>Gimni Centro Health Club</i> são também duas iniciativas a manter e explorar.



**Tabela 12 (cont.) - Síntese dos Resultados da Reavaliação/Evolução dos Clientes**

<b>Terapia Psicomotora em Meio Aquático</b>	Desenvolver o equilíbrio estático horizontal;	A flutuação sem auxílio de materiais é uma das competências onde os clientes apresentam maior dificuldade. O receio de ir ao fundo, aliado ao nível elevado de tônus muscular, i.e., hipertonicidade, dificultam a aquisição o equilíbrio estático horizontal.	Recomenda-se a continuação das sessões de TPMA, bem como o aumento da sua frequência para duas ou três vezes por semana. Na época de Verão todos os conteúdos da TPMA podem também ser trabalhados nas Saídas ao Exterior, em específico nas manhãs de Praia.
<b>Corpo, Expressão e Movimento</b>	Desenvolver a capacidade de memorização;	As capacidades de concentração, permanência na tarefa e memorização são competências que influenciam o desempenho dos clientes em todos os domínios. O seu treino através da criação e repetição de diversas frases coreográficas potenciou o desenvolvimento destas capacidades.	Um reforço verbal constante e a inserção de mais tarefas que apelem às capacidades de atenção, concentração e memorização no Plano Semanal de Atividades parecem ser duas estratégias preponderantes para a aquisição destas competências.
<b>Estimulação Multissensorial/Snoezelen</b>	Promover a noção corporal;	A dificuldade de nomear as diferentes partes do corpo, no seu corpo e no do outro, foi trabalhada nas sessões de estimulação multissensorial. De modo geral, os clientes apresentaram maior facilidade em adquirir a noção das diferentes partes no seu próprio corpo.	Reforça-se a importância da continuação deste tipo de estimulação com o foco nas melhorias ao nível da integração sensorial, processo pelo qual o cérebro organiza as informações, de modo a dar uma resposta adaptativa adequada, organizando assim, as sensações do próprio corpo e do ambiente de forma a ser possível o seu uso eficiente.

Fazendo agora um balanço das principais aprendizagens nos diversos domínios, é importante evidenciar que no domínio da **Autonomia e Funcionalidade** as principais aquisições deram-se particularmente na marcha e no subir e descer escadas, manifestando-se também algumas evoluções significativas na tomada de iniciativa para o movimento (e.g. levantar da cadeira). Importa dizer que o recurso a tecnologias de apoio (e.g. bengala, andador com rodas, *standing frame*, cadeira anfíbia, entre outros) facilitou e potenciou o aumento da autonomia de alguns dos clientes. Ainda no mesmo domínio, mas fazendo alusão agora na alimentação, as principais evoluções verificaram-se essencialmente ao nível da mastigação (e.g. clientes que apenas comiam líquidos fizeram uma transição adequada para semissólidos) e ao nível do treino da colher (e.g. clientes que eram alimentados pelas Ajudantes de Reabilitação, com o recurso à colher adaptada, passaram a alimentar-se apenas com apoio físico parcial). Finalmente, no que diz respeito à higiene é importante destacar o controlo parcial dos esfíncteres atingido por um dos clientes do Grupo de Menor Autonomia, bem como as melhorias na capacidade higiene oral e das mãos, de forma autónoma. Apesar das inúmeras evoluções verificadas, pelos clientes, no domínio em questão deve ser ainda feito um esforço acrescido por parte dos funcionários da instituição para tentar dar ainda mais oportunidades de manifestar autonomamente as suas potencialidades, i.e., existem ainda muitas tarefas que os clientes apresentam capacidade para desenvolver, mas continuam a ser feitas com apoio físico total por questões de logística.

Agora no que diz respeito ao domínio da **Motricidade Global e Fina** é muito importante mencionar as melhorias ao nível da disponibilidade motora de todos os clientes para o movimento. Tornar a atividade física uma rotina no CAO de Velas fez com que, rapidamente, se notassem evoluções, em específico no aumento da amplitude articular e equilíbrio.

No domínio da **Estimulação Sensorial** foi provavelmente o domínio onde foram notórias menos evoluções, talvez pelo facto das mesmas não serem tão visíveis como nos outros domínios do comportamento adaptativo. No Grupo de Maior Autonomia destacam-se as melhorias ao nível da noção do corpo e capacidade de perceção sobre que parte do corpo está a ser tocada, sem recurso à visão. No Grupo de Menor Autonomia destaca-se uma maior iniciativa para exploração do envolvimento, em específico na sala de *Snoezelen*. Em alguns dos clientes deu-se a passagem de uma atitude passiva para uma iniciativa ativa de explorar os materiais ao seu redor (e.g. fibras óticas, colunas de água, imagens do projetor espacial, bolas de textura).

Finalmente, no domínio da **Interação e Comunicação**, e aliado ao facto de se terem introduzido no planeamento semanal das atividades regulares do CAO as saídas ao exterior e interação com a comunidade, tornou-se visível um maior à vontade e entusiasmo por parte da grande maioria dos clientes em participar ativamente nos eventos que envolviam interação com estranhos. As parcerias feitas entre o CAO e outras instituições (e.g.: O Farol – CAO, Santa Casa da Misericórdia de Velas), também contribuíram para o desenvolvimento das capacidades relacionais. Com a exceção dos clientes M. e R., todos os restantes manifestaram entusiasmo na participação, comunicação e interação.

Sintetizando os resultados da aplicação dos cinco instrumentos de avaliação nos dois momentos de avaliação, a tabela 13 evidencia a evolução de todos os clientes apoiados durante o Estágio, à exceção do Estudo de Caso cuja descrição detalhada da evolução será apresentada no próximo Capítulo, nos domínios do comportamento adaptativo, necessidade de apoios, QV, desenvolvimento psicomotor e proficiência motora. As linhas representam cada um dos diferentes clientes, e as colunas representam cada um dos cinco instrumentos, subdivididas pelas suas subescalas ou fatores (quando aplicável), nos dois momentos de avaliação (inicial e final). A sua leitura deve ser feita de forma horizontal, comparando para cada um dos clientes as evoluções nos resultados de todos os instrumentos nos dois momentos.

**Tabela 13 - Resumo Cotações Brutas dos 10 clientes nos dois momentos de avaliação**

		ECAP										EIA		EPR				BPM		TPMBO - 2			
		A.I.					A.F.					A.I.	A.F.	A.I.		A.F.		A.I.	A.F.				
Fatores / Subescalas		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	[N.A.]		Q.	O.D.		Q.	O.D.					
CLIENTES	M.	31	9	6	8	0	32	10	6	10	2	102	102	99	70	100	72	1	1				

Tabela 13 (cont.) - Resumo Cotações Brutas dos 10 clientes nos dois momentos de avaliação

M.	C.I.	A.	N.	I.	H.	TPQ	C.	B.
102	61	66	72	79	29	20	28	37
109	47	25	40	32	13	4	14	18
53	18	22	36	19	11	8	18	10
12	5	9	0	0	5	13	9	37
72	34	4	4	5	1	6	0	8
103		70	80	82	32	22	31	53
115		26	42	34	13	4	14	25
53		23	36	20	12	8	18	20
12		13	2	8	5	13	9	38
72		8	6	18	1	6	2	16
78	95	94	93	92	101	105	92	105
77		92	91	89	101	100	89	105
96	109	67	110	104	89	88	107	92
87	103	71	78	74	86	85	73	85
104		70	118	106	89	90	108	103
90		71	84	74	86	86	78	98
3	2	2	2	2	1	1	1	1
3		2	2	2	1	1	1	1
58	0	0	12	0				
61		0	15	0				

I – Auto-suficiência Pessoal; II – Auto-suficiência na Comunidade; III – Responsabilidade Pessoal e Social; IV – Ajustamento Pessoal; V – Ajustamento Social; A.I. – Avaliação Inicial; A.F. – Avaliação Final; I.N.A – Índice de Necessidade de Apoio; Q. – Questionário; O.D.- Observação Direta

As colunas da Avaliação Final referentes à cliente C.I. não se encontram preenchidas porque a mesma não se encontrava a frequentar o CAO na altura da reavaliação. O instrumento TPMBO-2 foi apenas aplicado aos clientes do Grupo de Maior Autonomia. Aos clientes deste mesmo grupo foi também aplicado o instrumento **Desenho**

de uma Pessoa (Naglieri, 1988), cujos resultados se encontram evidenciados na tabela 14.

Tabela 14 - Síntese Resultados Aplicação DAP nos dois momentos de avaliação

<u>CLIENTES</u>	<u>CLASSIFICAÇÃO</u>		<u>OBSERVAÇÕES</u>
	<u>TOTAL</u>		
	<u>Avaliação</u> <u>Inicial</u>	<u>Avaliação</u> <u>Final</u>	
<b>I.</b>	0	0	Apesar da cliente já ser capaz de reconhecer as diferentes partes do corpo, no seu próprio corpo e no corpo do outro, bem como de montar um boneco colocando os diferentes segmentos (e.g.: pernas, braços, tronco e cabeça) nos locais certos apenas com algum apoio verbal, ainda não mostra a capacidade de desenhar o corpo humano.
<b>N.</b>	29	30	O cliente evidenciou melhorias no que diz respeito à orientação do desenho.
<b>A.</b>	0	0	A cliente já se mostra capaz de identificar algumas partes do corpo (e.g.: nariz, boca, olhos) no seu próprio corpo, no entanto, quando lhe é pedido que desenhe o corpo humano, faz apenas riscos aleatórios no papel.
<b>C.I.</b>	67		Apesar da cliente não se encontrar a frequentar a instituição no 2º momento de avaliação, ao longo da intervenção evidenciou melhorias ao nível do reconhecimento das diferentes partes do corpo, no seu corpo e no do outro.
<b>M.J.</b>	92	96	No 2º momento de avaliação o desenho do corpo humano, especialmente o da própria, apresentou uma maior quantidade de pormenores (e.g.: orelhas com brincos, peças de roupa e acessórios, dedos das mãos).

Neste ponto de discussão dos resultados da avaliação, importa mencionar que a referência a critério prevaleceu como método interpretativo, não tendo sido feita qualquer comparação à norma. Assim, comentando, genericamente e de forma meramente qualitativa, os resultados acima apresentados, é possível aferir algumas evoluções em cada um dos clientes:

- o M. mostrou melhorias em quase todos os fatores da ECAP, destacando-se as evoluções ao nível da autonomia e desenvolvimento físico. Em termos da EIA, o cliente manteve o mesmo valor de Índice de Necessidades de Apoios, no entanto importa destacar as evoluções em termos de autonomia na mobilidade (e.g.: atualmente já consegue subir e descer escadas sem apoio físico parcial). No que diz respeito à EPR, os valores apresentam-se aumentados comparativamente ao 1º momento de avaliação, destacando-se o controlo dos esfíncteres e a autonomia na alimentação. Finalmente, e apesar do resultado final da BPM na avaliação final se manter no perfil de apraxia, o cliente evoluiu para dispraxia nos fatores Tonicidade e Equilíbrio;

- o B. apresenta-se como o cliente que maiores evoluções apresentou em termos de CA. Os resultados da ECAP no 2º momento de avaliação mostram evoluções claras em quase todos os cinco fatores, o que pode dever-se ao facto deste cliente estar, em regime temporário, a frequentar o Lar Residencial da Instituição, e, portanto, a quantidade e qualidade da estimulação se encontrarem aumentadas, aliado ao facto do prestador de cuidados que respondeu aos questionários de avaliação conviver, agora, apenas esporadicamente com o cliente, pelo que todas as pequenas evoluções lhe parecerem aumentadas. Por outro lado, o cliente apresenta algumas regressões em termos comportamentais (e.g.: birras temperamentais), provavelmente associadas à frustração

de estar longe de casa e dos seus familiares. Em termos de necessidades de apoios os valores mantiveram-se semelhantes aos da avaliação inicial. No que diz respeito à avaliação psicomotora foi evidenciada uma melhoria ao nível do fator Equilíbrio, evoluindo de um perfil apráxico para dispráxico, mas mantendo um perfil de apraxia no geral. Neste cliente é importante evidenciar as dificuldades de permanência na tarefa e tempo diminuto de manutenção da atenção, características que influenciam diretamente as suas evoluções;

- a C. é uma cliente que apresenta, na maior parte dos contextos, um atitude passiva em relação ao envolvimento, destacando-se o meio aquático como um dos poucos contextos onde manifesta interesse na exploração, movimentos espontâneos e alegria na atividade, onde se manifestaram mais evoluções em termos de disponibilidade motora, que por sua vez, influenciaram a autonomia na mobilidade e motricidade global. Os resultados da ECAP mostram melhorias no primeiro fator, i.e., na autonomia pessoal (e.g.: deslocar-se sem ajuda física parcial, sentar e levantar e subir e descer escadas com uma redução substancial de apoio). A cliente mostra uma capacidade reduzida em obedecer a comandos e uma teimosia extrema em realizar as tarefas que lhe são pedidas, fazendo, a maior parte do tempo, aquilo que quer e apenas quando quer. Em termos da EIA, o valor do Índice de Necessidade de Apoio apresentou-se menor no 2º momento de avaliação, muito provavelmente pelas melhorias em termos da autonomia na mobilidade. A percepção do prestador de cuidados em relação à QV da cliente, avaliada pela EPR, também evidenciou melhorias, que podem estar diretamente associadas ao facto da cliente ter sido sujeita a uma cirurgia oral para extração dentária, fator anteriormente causador de dores e desconforto contínuo e permanente. Após a intervenção cirúrgica e recuperação, a cliente apresenta-se mais ativa e participativa nas atividades. Em termos psicomotores a cliente manteve o perfil apráxico, no entanto os fatores Tonicidade e Equilíbrio apresentaram-se como dispráxicos;

- a C.F. é uma cliente com elevadas potencialidades no que diz respeito à autonomia na marcha, no entanto, a maior parte das vezes, a sua teimosia não lhe permite alcançar o seu máximo potencial. Em termos de CA os resultados da avaliação final mostram ligeiras melhorias no fator Autonomia Pessoal, relacionadas diretamente com a mastigação (foram introduzidos os sólidos na alimentação da cliente) e com a mobilidade, i.e., atualmente a cliente move-se livremente pelo envolvimento, gatinhando, sem qualquer apoio físico. Já consegue passar da posição de quatro apoios para posição bípede com apoio de qualquer estrutura, e permanece de pé com apoio por tempo indeterminado. Em relação à marcha já evidencia também melhorias com andador com rodas e também com apoio físico parcial. O Índice de Necessidades de Apoios apresenta, no 2º momento de avaliação, um valor mais baixo, associado à redução dos apoios na alimentação e mobilidade. Em termos da QV avaliada pela EPR os valores apresentam-se superiores, tanto na perspetiva do prestador de cuidados, como na observação direta, enfatizando as evoluções no domínio do desenvolvimento pessoal. Finalmente, as cotações obtidas pela 2ª aplicação da BPM mostram a manutenção do perfil apráxico;

- a H. apresenta um ritmo de evolução mais lento, comparativamente aos restantes clientes, provavelmente aliado ao facto de não frequentar a instituição com a mesma regularidade. Esta cliente apresenta excesso de peso (Obesidade Grau III) o que influencia diretamente a sua mobilidade. Apesar de na instituição ser feito um controlo rígido da dieta alimentar, em casa, isto não acontece. Passando agora para os resultados da avaliação final, e começando pela ECAP, foram evidenciadas algumas melhorias no fator desenvolvimento pessoal associadas ao aumento da força muscular nos M.I., M.S. e zona abdominal, e consequentemente, aumento de a mobilidade articular (e.g.: a cliente já é capaz de passar da posição sentada para a posição bípede, e dar alguns passos com o apoio das barras paralelas). A análise dos resultados da EIA mostra uma

manutenção do valor do Índice de Necessidade de Apoios, acontecendo o mesmo com os resultados da EPR, que se mantiveram semelhantes aos da primeira avaliação. Em termos psicomotores os valores da BPM mantêm-se num perfil de apraxia, apesar das modificações visíveis na força muscular e amplitude de movimentos. Além da continuação de todo o trabalho já desenvolvido, recomenda-se que a H. comece a frequentar as sessões de TPMA a partir de Setembro;

- a I. apresenta melhorias em todos os cinco fatores da ECAP, destacando-se o ajustamento social com maior evolução. Apesar da diminuta capacidade de manutenção da atenção a cliente apresenta evoluções evidentes na autonomia pessoal e AVDs, necessitando de um reforço verbal constante. O Índice de Necessidade de Apoio apresenta um valor inferior ao da primeira aplicação da EIA, aliado à maior capacitação e redução do apoio prestado na realização de todas as tarefas da Vida em Casa. A QV, avaliada pela EPR, apresenta apenas ligeiras melhorias nos valores do Questionário, mantendo-se as discrepâncias entre o mesmo e a observação direta, podendo isto estar relacionado com o facto da cliente se encontrar institucionalizada num Lar de 3ª Idade. Com relação aos fatores psicomotores a cliente apresentou uma evolução de apraxia para dispraxia no fator Noção do Corpo. Os resultados do TPMBO-2 mantiveram-se iguais aos da primeira avaliação, provavelmente associados à incapacidade de permanência na tarefa e concentração;

- o N. é um cliente que manifesta grandes dificuldades de adaptação a novas situações e um receio de tudo o que fuja às suas rotinas. A aplicação da ECAP após a intervenção permitiu verificar evoluções em quatro fatores do comportamento adaptativo, sendo a Responsabilidade Pessoal e Social o único cujos resultados se mantiveram inalteráveis. No que diz respeito à frequência, tempo e tipo de apoios, os resultados da avaliação final mostram uma diminuição da necessidade de apoios, em específico na subescala Vida em Casa, retratando o aumento da autonomia nas tarefas de desenvolvimento pessoal. Em termos de QV, avaliada pela EPR, houve um aumento dos valores percecionados pelo responsável legal, bem como dos resultados da observação direta, associadas às melhorias em termos de autonomia e funcionalidade nas tarefas do quotidiano. Ainda relativamente à EPR manteve-se a discrepância entre a perspetiva do responsável legal (o cliente encontra-se institucionalizado num Lar de 3ª Idade) e observação direta. Com relação à avaliação dos fatores psicomotores (BPM) evidenciaram-se melhorias ao nível da Equilibração, mantendo-se um perfil dispráxico. A 2ª aplicação do TPMBO-2 também demonstrou uma subida de 3 pontos no resultado total, resultado este provavelmente associado à evolução em termos de equilíbrio e disponibilidade motora;

- a A. é uma cliente com um envolvimento familiar complicado onde os prestadores de cuidados não manifestam interesse em participar no processo interventivo, tendo-se recusado a responder aos instrumentos de avaliação. Apesar de tudo isto, a A. apresenta evoluções visíveis em termos de CA evoluindo em todos os cinco fatores da ECAP. Neste caso, destacam-se as potencialidades da cliente em termos de autonomia no domínio pessoal, reduzindo-se o apoio físico parcial, anteriormente dado na maioria das tarefas diárias, passando apenas para um apoio verbal, evidenciado na redução do valor do Índice de Necessidade de Apoio (EIA). A EPR, instrumento cujo questionário foi respondido por uma das Ajudantes de Reabilitação que contacta diariamente com a cliente, evidenciou ligeiras melhorias essencialmente nos domínios Desenvolvimento Pessoal e Autodeterminação. O aumento das parcerias da instituição e das saídas ao exterior, em contrapartida à segregação vivida pela cliente no seu ambiente familiar, mostrou resultados positivos no domínio da comunicação e socialização. Os resultados da BPM e do TPMBO-2 mantiveram-se semelhantes aos da avaliação inicial, apesar das pequenas evoluções manifestadas em termos de tonicidade, equilíbrio, noção corporal e disponibilidade para o movimento;



- a C.I. é uma cliente cuja superproteção por parte dos prestadores de cuidados influencia diretamente a sua evolução. Após várias tentativas para a cliente começar a frequentar as sessões de TPMA os prestadores continuam a preferir não o fazer. A Obesidade de Grau II e as limitações na mobilidade que esta acarreta, associada às convulsões frequentes, fazem com que os prestadores optem por não deixar a cliente participar em atividades que envolvam algum esforço físico, condicionando também os resultados atingidos. Como a cliente não se encontrava a frequentar a instituição no 2º momento de avaliação todas as ilações aqui apresentadas têm como fundamentos as evoluções verificadas pela observação direta da Estagiária ao longo dos meses de intervenção. A cliente evidenciou evoluções na autonomia nas AVDs, em específico nas tarefas de higiene pessoal e tarefas da casa (e.g.: tratar da roupa, meter a mesa, lavar a louça). Um domínio onde importa também referir as evoluções vividas pela cliente é o domínio da socialização onde esta apresenta agora um maior controlo das emoções no contacto com estranhos;

- finalmente, a M.J., uma cliente que apresenta níveis satisfatórios de autonomia em todas as áreas, apesar da necessidade de supervisão de um adulto. Em termos comportamentais apresenta uma instabilidade acentuada, com uma persistência excessiva nos próprios desejos, egoísmo e tendência a fantasiar. Revela pouca resistência à frustração e astúcia na mobilização de recursos com vista a atingir os seus objetivos o que se repercute nos resultados da EPR, que na avaliação final, evidenciam uma maior satisfação com a sua vida. Manifesta compreender o mundo e as regras sociais, no entanto tem dificuldades em respeitá-las, e aos outros. Manifesta comportamentos inadequados em situações de interação social, com reações exageradas e linguagem e atitudes hostis. Quando confrontada com o fracasso não admite a responsabilidade pelos seus atos recorrendo a estratégias para culpabilizar os outros. Esta cliente é uma jovem autónoma com potencialidades para se integrar no mercado de trabalho, com supervisão e controlo adequado. É muito importante enfatizar o trabalho ao nível do comportamento social e sentido de responsabilidade. Em relação ao domínio motor apresenta problemas ao nível da coordenação motora e um tónus aumentado, sendo os resultados da BPM caracterizados por um perfil de eupraxia em todos os 7 fatores, indo ao encontro dos resultados do TPMBO-2 onde se verificou uma ligeira evolução entre os dois momentos de avaliação.

De uma forma geral houve uma evolução positiva e significativa em quase todos os domínios da intervenção, no entanto são ainda inúmeros os passos a dar em direção à otimização da funcionalidade de cada cliente. Será feita uma avaliação pessoal da intervenção da Estagiária mais à frente, no penúltimo capítulo deste Relatório.

Concluída a apresentação geral de todas as fases de intervenção e realizada a reflexão acerca das aprendizagens adquiridas, em seguida será apresentado, de forma mais específica, o caso alvo de estudo ao longo deste estágio.

### **Estudo de Caso**

---

O presente Capítulo representa o exemplo aprofundado do trabalho desenvolvido pela Estagiária com todos os clientes. Em primeiro lugar será feito o enquadramento do caso em estudo, a justificação da escolha e a caracterização do cliente. O caso em estudo representa um diagnóstico de Multideficiência – Trissomia 21, deficiência visual e deficiência auditiva, fator de grande importância na escolha desde cliente, pelo desafio da complexidade do planeamento e intervenção. É importante mencionar que a deficiência visual foi o diagnóstico que maior peso teve em toda a intervenção. De acordo com Ladeira e Queirós (2002), a baixa visão limita a interação com o envolvimento, limita a variedade de experiências, compromete as aprendizagens e consequentemente, origina limitações no desenvolvimento motor, cognitivo e social. Ao nível psicomotor a diminuição

da quantidade de estímulos disponibilizados pelo ambiente aliada a uma menor ação sobre os objetos e a uma diminuição das experiências psicomotoras relacionadas com o equilíbrio, noção corporal, estruturação espaciotemporal, entre muitos outros, originam uma diminuição da curiosidade pelo ambiente envolvente, conseqüentemente uma menor tendência à exploração do mesmo. Em suma, o desenvolvimento psicomotor apresenta um maior número de limitações (Gagliardo e Nobre, 2001), limitações essas que representaram o foco de todo o processo interventivo.

## **O R.**

O R. nasceu no dia 3 de Março de 1986, tendo atualmente 30 anos. É residente na Freguesia das Manadas, Concelho de Velas. Foi diagnosticado com DID com elevada necessidade de apoios, bem como Surdo-Cegueira adquirida por Glaucoma. Vive atualmente com a Mãe e o Pai numa casa própria. Filho de uma fratria de 14 filhos, o R. viveu desde sempre com dificuldades económicas. Começou a frequentar a instituição aos oito anos de idade, idade em que adquiriu a posição bípede e marcha sem apoio. Aos nove anos, devido a um Glaucoma, perdeu a visão em ambos os olhos e, mais tarde, perdeu também a audição. De acordo com o Médico de Família, o R. apenas vê algumas sombras e ouve sons indiscriminados em alguns períodos.

A causa genética esteve na origem da DID com necessidade severa de apoios acarretando total dependência dos outros nos vários aspetos de cuidados pessoais diários, saúde e segurança (APA, 2013). Neste caso, a coocorrência de limitações sensoriais veio dificultar a utilização funcional de objetos. O cliente apresenta uma compreensão muito limitada da comunicação simbólica, bem como na compreensão de instruções simples ou gestos. Consegue expressar desejos e emoções maioritariamente através de comunicação não-verbal e não-simbólica. O R. nunca fez controlo dos esfíncteres, utilizando fralda de dia e de noite. Nunca mastigou fazendo sempre uma dieta líquida. Tem um sono irregular pelo que, ocasionalmente, toma medicação para dormir.

Na altura da avaliação inicial (Setembro de 2015) pesava 68,1Kg e media 1,45m com um Índice de Massa Corporal (IMC) de 32,4 valores (obtido através da fórmula peso (Kg) / (altura x altura) (m)), acima da média, e já classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Obesidade de Tipo I. A nível de desvios posturais o R. apresenta uma cifose acentuada na zona cervical, uma rotação externa acentuada da coxofemoral e tibiotársica, e conseqüentemente, joelho e pé valgo.

A intervenção com o caso passou, portanto, pela adaptação das tarefas às características individuais e aos objetivos a atingir, dando oportunidade de experienciar vivências e situações diversas. Esta intervenção compreende uma estimulação através de atividades funcionais visando criar condições para a construção e desenvolvimento de um universo sensório-motor o mais rico possível, e conseqüentemente, melhorar a QV, produtividade, funcionalidade e independência do indivíduo (Brito e Veitzman, 2000; Gagliardo e Nobre, 2001; Soares, Silva, Gomes e Pereira, 2012).

## **Avaliação**

O processo de avaliação foi iniciado através de uma conversa com a Direção da AACNNE e com a Coordenadora do CAO para o pedido de autorização formal de Estudo de Caso. Após a autorização por parte da Instituição foi marcada uma conversa informal com os prestadores de cuidados do cliente em causa onde foram explicados os fundamentos do estudo e assinado o Consentimento Informado para aplicação dos instrumentos de avaliação, elaboração do PII e posterior intervenção. Este primeiro contacto com os prestadores culminou com a marcação de um dia e hora para a

aplicação da anamnese sob a forma de entrevista semiestruturada e, a partir daí, agendar também as datas e horários para a aplicação dos instrumentos.

A avaliação foi feita através da aplicação da ECAP, EIA, EPR, BPM (já descritos anteriormente), pelo que em seguida se apresentam os resultados da avaliação inicial e final, bem como uma discussão dos mesmos. As cotações obtidas nos diferentes domínios foram somadas e estão apresentadas na tabela 15.

Importa referir, que na ECAP, e na parte I, quando maior for a pontuação em cada domínio, melhor a adaptação do cliente. De uma forma geral e na duas avaliações é possível observar que no Domínio da *Autonomia* o cliente não mastiga os alimentos, não tem controlo dos esfíncteres nem qualquer autonomia ao nível dos cuidados básicos de higiene, vestir/despir, mas coopera na realização de todas estas tarefas; no *Desenvolvimento Físico* destaca-se a falta de autonomia na mobilidade; no *Desenvolvimento da Linguagem* urge referir que o cliente sempre foi não-verbal, manifestando-se por ruídos vocais ou gestos, muito esporadicamente, mantendo quase sempre uma atitude passiva; finalmente, ao nível da Socialização é visível uma participação passiva nas atividades de grupo.

Os domínios com pontuação igual a zero foram a *atividade doméstica, números e tempo, atividade pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização*. Na parte II da ECAP os únicos domínios cotados foram: *Comportamentos Estereotipados e Hiperativos e Hábitos Oraís Desadequados, Comportamento Sexual e Comportamento Auto-abusivo*, devido às sincinesias recorrentes e à Coprofragia, que apesar de estar sob controlo ainda necessita de uma supervisão regular.

**Tabela 15 - Resultados obtidos pelo R. na ECAP, nos dois momentos de avaliação**

	Avaliação Inicial ECAP (pontuação bruta)	Avaliação Final ECAP (pontuação bruta)
<b>DOMÍNIOS DA PARTE I</b>		
Autonomia	23	32
Desenvolvimento Físico	10	13
Atividade Económica	0	0
Desenvolvimento da Linguagem	8	10
Números e Tempo	0	0
Atividade Doméstica	0	0
Atividade Pré-Profissional	0	0
Personalidade	0	2
Responsabilidade	0	0
Socialização	6	11
<b>DOMÍNIOS DA PARTE II</b>		
Comportamento Social	0	0
Conformidade	0	0
Merecedor de Confiança	0	0
Comportamento Estereotipado/Hiperativo	9	10
Comportamento Sexual	3	3
Comportamento Auto-abusivo	2	2
Ajustamento Social	3	8
Comportamento Interpessoal Perturbado	0	0

Após os nove meses de intervenção verificaram-se algumas diferenças, destacando-se o aumento dos valores brutos tanto da parte I como II da ECAP, destacadamente nos domínios:

- *Autonomia*: as principais diferenças manifestaram-se ao nível da lavagem dos dentes e higiene pessoal, passando o cliente a cooperar nas tarefas segurando os materiais e fazendo os movimentos apenas com ajuda física parcial;
- *Desenvolvimento físico*, destacando ligeiras melhorias ao nível da eutonia e, conseqüentemente, ao nível da disponibilidade e capacidade motora para realizar as diferentes tarefas (e.g. já consegue subir/descer escadas apenas recorrendo ao corrimão) e também ao nível da utilização funcional dos diferentes segmentos;
- *Desenvolvimento da Linguagem*, exaltando-se as diferenças em termos de expressão pré-verbal onde o cliente manifesta uma maior tendência a comunicar por sons, ruídos e gestos;
- *Personalidade*, em específico no que respeita à participação nas atividades, sempre com ajuda física parcial, mas apresentando um maior interesse na exploração do envolvimento;
- *Socialização*, domínio onde se manifestaram maiores evoluções, tal como ao nível da *Autonomia*; neste campo destacam-se as melhorias ao nível da interação com os outros que, apesar de pouca, já se começa a notar, o que não acontecia anteriormente. No item *Egoísmo* as respostas também divergiram das dadas no 1º momento de avaliação, talvez por ter havido por parte do prestador de cuidados uma melhor compreensão dos itens, salvaguardando que o cliente apresenta quase sempre uma atitude passiva, e.g. esperando pela sua vez e partilhando, no entanto, manifesta desagrado e uma atitude abrupta quando não quer fazer algo (e.g. sentar no chão, deitar no colchão);
- *Comportamento Estereotipado/Hiperativo*, em particular dos maneirismos e da diminuição da sua frequência, provavelmente aliada ao facto do cliente estar mais ocupado, constantemente a ser estimulado com atividades, e diminuindo a recorrência a este tipo de estereotipias motoras como forma de autoestimulação; e
- *Ajustamento Social*, relacionado com o domínio da *Socialização*, o cliente não apresenta capacidades sociais desadequadas ou problemas comportamentais, isto porque apresenta maioritariamente uma atitude passiva em relação ao envolvimento. As melhorias neste domínio verificam-se essencialmente na diminuição e controlo das birras temperamentais quando exposto a algo novo.

Nos restantes domínios cujos resultados não sofreram alterações, é importante referir que as limitações sensoriais, associadas às lacunas na qualidade da estimulação precoce do mesmo, podem ter condicionado, em grande parte, a interação e exploração do envolvimento, influenciando diretamente as dificuldades visíveis no comportamento adaptativo do cliente. O apoio total constante dado ao cliente durante muitos anos, em todas as tarefas do seu quotidiano, pode também ter contribuído para o não desenvolvimento das competências. A aplicação da ECAP permitiu, em complementaridade com os restantes instrumentos de avaliação, esboçar um perfil intraindividual em termos de funcionalidade, ponto de partida para o planeamento de toda a intervenção numa primeira fase, e, numa segunda fase, para a readequação do PII. Os resultados da aplicação da EIA encontram-se sintetizados na tabela 16.

**Tabela 16 – Resultados Pontuação Bruta Aplicação EIA**

Subescalas	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Valor Máximo
a. Vida em Casa	64	57	92
b. Vida na Comunidade	55	57	91
c. Aprendizagem ao Longo da Vida	67	65	104
d. Profissionais	56	56	87
e. Saúde e Segurança	62	55	94
f. Social	52	64	93
ÍNDICE DE NECESSIDADES DE APOIOS	103	103	

É importante mencionar que os valores apresentados na coluna Valor Máximo representam a necessidade total de apoio nas tarefas de cada subescala. Pela análise da tabela 16 facilmente se percebe que o cliente em causa necessita de um apoio substancial na realização das tarefas nas seis subescalas, permitindo concluir que as áreas onde o cliente necessita de maior nível de apoio são as Atividades de Vida em Casa e Aprendizagem ao longo da vida, sendo a área Social a que apresenta uma menor necessidade de apoios, talvez pelo facto de o cliente não ter uma participação ativa neste domínio no seu dia-a-dia, corroborando os resultados da ECAP.

No que diz respeito à Secção 2: Escala Suplementar de Proteção e Representação a cotação foi de 7 pontos em todos os 8 domínios, representando uma elevada necessidade de apoios por parte do cliente em todos os itens. Na Secção 3A e 3B – Necessidades excepcionais de apoio médico e comportamental o cliente apenas manifesta alguma necessidade de apoio no que toca a levantar-se ou ser transferido, serviços terapêuticos e na prevenção de substâncias inéditas.

Os resultados da reavaliação feita em Maio de 2016 mostraram uma diminuição dos valores da pontuação total nas subescalas *Vida em Casa*, *Aprendizagem ao Longo da Vida*, *Saúde e Segurança*, i.e., uma diminuição nas necessidades de apoios nestes domínios da vida do cliente em estudo. Contrariamente, as subescalas *Vida na Comunidade*, e *Social* mostraram valores aumentados na necessidade de apoios que se podem dever ao aumento da frequência de interação com a comunidade, e consequentemente, à maior necessidade de apoios neste contexto. A subescala *Profissional* manteve os mesmos resultados em ambos os momentos de avaliação. De uma forma geral, o Índice de Necessidades de Apoios manteve o mesmo valor total (103), não significando isto que se deve minimizar a interpretação de cada subescala feita anteriormente.

Os resultados da EPR (tabela 17) permitem inferir que os valores não divergem entre as duas partes constituintes, i.e.: observação direta e percepção do cliente/prestador de cuidados parecem denotar a mesma visão no que concerne aos domínios da QV.

**Tabela 17 - Resultados Aplicação EPR - Avaliação Final e Inicial**

Fatores	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
	Questionário	Obs. Direta	Questionário	Obs. Direta
1. <i>Independência</i>	13	13	18	19
2. <i>Participação Social</i>	24	29	27	32
3. <i>Bem-estar</i>	33	34	35	38
<i>Indicador da QV (Somatório Fatores)</i>	70	76	80	89

Os valores mais baixos de QV surgem essencialmente ao nível do desenvolvimento pessoal, inclusão social e bem-estar material, sendo estes os três domínios onde o cliente manifesta uma maior necessidade de intervenção. É importante referir que a família do cliente não tem disponibilidade financeira suficiente para facultar a qualidade e quantidade de estimulação que ele necessita, tendo plena noção disso e, em algumas situações, culpabilizando-se pelas suas dificuldades.

Os resultados da EPR, qualitativamente, mostram que o cliente não tem autonomia em tarefas básicas como alimentação e higiene, e que, muitas das vezes, nem tem a oportunidade para mostrar e desenvolver o seu potencial nestas áreas. Em termos de socialização o cliente não contacta com pessoas além dos outros clientes e funcionários da instituição, e em casa, além dos seus familiares diretos. Ao nível da saúde encontra-se bem, seguro e é considerado como muito importante para a sua família. É importante mencionar que as diferenças entre a observação direta e as respostas do prestador de cuidados, na 1ª aplicação do instrumento, apenas se evidenciam no Fator Participação Social, onde se verifica a tendência depreciativa do prestador de cuidados em relação à QV do cliente.

A reavaliação feita em Maio mostrou melhorias nos três Fatores, evidenciando os efeitos positivos da intervenção na QV do cliente, tanto na perceção do prestador de cuidados, como em termos de observação direta. É importante destacar as evoluções no Fator Independência como consequência da intervenção direcionada para o aumento da funcionalidade.

Na avaliação inicial, pela aplicação da BPM, o cliente apresenta um Perfil Apráxico (tabela 18), onde em todos os domínios à exceção da Tonicidade, demonstra uma realização imperfeita das tarefas, com sinais disfuncionais. O perfil dispráxico obtido no fator tonicidade encontra-se em parte relacionado com a hipotonicidade característica da T21. Nas tarefas deste fator o cliente mostrou maior controlo na realização, apesar das dificuldades serem visíveis. Neste caso é importante mencionar que devido às limitações sensoriais e dificuldades intelectuais do cliente todas as tarefas tiveram apoio parcial físico da Estagiária, para a sua execução.

**Tabela 18 - Resultados Aplicação BPM nos dois momentos de avaliação**

<i>Fatores</i>	<i>Cotação inicial</i>	<i>Perfil</i>	<i>Cotação final</i>	<i>Perfil</i>
<i>Tonicidade</i>	2	Dispráxico	2	Dispráxico
<i>Equilíbrio</i>	1	Apráxico	2	Dispráxico
<i>Lateralização</i>	1	Apráxico	2	Dispráxico
<i>Noção do Corpo</i>	1	Apráxico	1	Apráxico
<i>Estruturação</i>	1	Apráxico	1	Apráxico
<i>Espaciotemporal</i>				
<i>Praxia Global</i>	1	Apráxico	1	Apráxico
<i>Praxia Fina</i>	1	Apráxico	1	Apráxico

Após feita uma reavaliação do cliente mantém-se o perfil Apráxico, no entanto, importa referir que nos fatores equilíbrio e lateralização houve uma evolução de apraxia para dispraxia, mostrando o cliente melhorias em todas as habilidades que envolvem transferências de peso, equilíbrio e apoio unipodal para ultrapassar obstáculos, subir e descer escadas. As melhorias em termos de aumento do tônus e fortalecimento muscular, associados a uma maior disponibilidade motora para a ação, influenciam também diretamente toda a performance motora do cliente. Apesar das evoluções psicomotoras evidenciadas pela cotação da BPM não se mostrarem significativas no perfil psicomotor, a sua significação e implicação nas competências motoras e funcionais do cliente apresenta um valor eloquente.



De forma geral, o R. tem vindo a sofrer alguns retrocessos ao nível da autonomia nos últimos anos, devido à perda de visão e audição: em ambiente novo ou numa situação estranha (e.g.: pessoas não familiares), reage com receio, desconfiança e mostra desconforto. Depois de conhecer a pessoa, mostra-se um indivíduo meigo, carinhoso e colabora nas atividades que lhe são propostas. Ao nível da comunicação expressiva, demonstra desconforto ou satisfação perante as diferentes situações. Tem uma personalidade muito própria revelando por vezes persistência de determinados comportamentos quando tem um objetivo. Releva dificuldades nas AVDs e na compreensão de ordens complexas. A avaliação mostrou a necessidade de uma intervenção direcionada para um determinado perfil com objetivos específicos (tabelas 19 a 23) nos mais variados domínios e, mais do que isso, e multidisciplinar.

## Perfil Intraindividual

O cliente em causa apresentou um perfil intraindividual que evidenciou como áreas fortes a capacidade de adaptação e como áreas menos fortes a autonomia, comunicação e AVDs. A observação direta do cliente e especial atenção pelos seus gostos e interesses, em conjunto com os resultados da avaliação, permitiram traçar um PII com objetivos gerais e específicos dentro dos quatro domínios: Autonomia e Funcionalidade, Motricidade Global e Fina, Estimulação Sensorial, Interação e Comunicação. De seguida serão apresentados alguns exemplos dos objetivos estipulados dentro de cada um dos domínios.

### Objetivos PII - Objetivos Gerais e Específicos

#### Autonomia e Funcionalidade

Dentro do domínio da *Autonomia e Funcionalidade* importa referir a importância do treino da marcha autónoma dentro e fora da instituição. Além deste aspeto, a avaliação exacerbou também a importância da melhoria da funcionalidade em termos de alimentação e higiene pessoal (tabela 19).

**Tabela 19 - Objetivos Gerais e Específicos PII - Domínios Autonomia e Funcionalidade**

OBJETIVOS GERAIS		OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
DESENVOLVER A ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO, COM RECURSO À BENGALA, O MAIS AUTONOMAMENTE QUANTO POSSÍVEL;		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O R. deve ser capaz de se movimentar, autonomamente, pelas instalações do CAO, com recurso à bengala;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de reconhecer um obstáculo, e ultrapassá-lo, com recurso à bengala;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de abrir e fechar uma porta, autonomamente;</li> </ul>	
DESENVOLVER A CAPACIDADE DE SE ALIMENTAR SOZINHO, O MAIS AUTONOMAMENTE QUANTO POSSÍVEL;		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O R. deve ser capaz de se alimentar com uma colher, de forma autónoma, sem despejar a comida;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de beber do copo, sem derramar;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de utilizar o guardanapo de forma adequada;</li> </ul>	
DESENVOLVER A CAPACIDADE DE CUIDAR DA SUA HIGIENE PESSOAL, O MAIS AUTONOMAMENTE QUANTO POSSÍVEL;		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O R. deve ser capaz de lavar as mãos com sabão, e limpá-las com a toalha, apenas com a ajuda do auxiliar/técnico na transição de uma tarefa para a outra;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de lavar e limpar a cara, apenas com a ajuda do Ajudante de Reab./Técnico na transição de uma tarefa para a outra;</li> </ul>	

#### Motricidade Global e Fina

O cliente manifesta dificuldades na preensão e manipulação de objetos tendo sido necessário estabelecer objetivos específicos em termos de motricidade fina (tabela 20).

**Tabela 20 - Objetivos Gerais e Específicos PII - Domínios Motricidade Global e Fina**

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>		<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>DESENVOLVER MOTRICIDADE FINA;</b>	<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O R. deve ser capaz de realizar a apreensão e manipulação de pequenos objetos, sem apoio;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de realizar encaixes simples, sem apoio;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de desenroscar a tampa de uma garrafa de água, sem apoio;</li> </ul>

A nível motor e postural o R. apresenta uma hiperpronação da coxa e joelho valgo. Este tipo de morfologia dos M.I. foi agravado pela abertura da base de sustentação para manutenção e controlo do equilíbrio, derivada da falta de visão, em associação à hipotonicidade característica da Trissomia 21. Posto isto, tornou-se necessário estabelecer um Plano de Intervenção Motora com exercícios de fortalecimento da musculatura interna e posterior da coxa, mais especificamente: semitendinoso, semimembranoso, bicipite femoral, adutores, pectíneo, tricípito sural, tibial posterior e quadrado plantar. Aliado a este fortalecimento, foi também importante alongar a musculatura externa e anterior da coxa, perna e pé, tendo-se estabelecido um leque de exercícios de fortalecimento e alongamento, a ser realizados com uma frequência trissemanal (tabela 21).

**Tabela 21 - Objetivos Gerais e Específicos PII - Fortalecimento Muscular**

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>		<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>FORTALECER MÚSCULOS ADUTORES POSTERIORES COXA;</b>	<b>E DA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O R. deve ser capaz fazer a elevação dos M.I., permanecendo nas pontas dos pés durante pelo menos 8 segundos, com apoio;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de sustentar uma bola com peso entre os joelhos, na posição sentada, sem deixá-la cair, durante pelo menos 1 minuto;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de sustentar uma bola com peso entre os joelhos, em decúbito dorsal com os M.I. fletidos e os pés apoiados no colchão, sem deixá-la cair, durante pelo menos 1 minuto;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de fazer abdução dos M.I. com banda elástica colocada acima do joelho, mantendo a abdução durante pelo menos 10 segundos, na posição sentada;</li> <li>▪ O R. deve ser capaz de fazer flexão da perna, com caneleira com peso (1,5Kg), em decúbito ventral, pelo menos 10 repetições, sem descanso, com ajuda física parcial do Técnico/Ajudante de Reab.;</li> </ul>

### *Estimulação sensorial*

As dificuldades sensoriais vividas pelo cliente limitam o estabelecimento de objetivos neste domínio pelo que se torna essencial explorar os restantes sentidos (tato, olfato, paladar) e a capacidade de resolução de problemas (tabela 22).

**Tabela 22 - Objetivos Gerais e Específicos PII - Domínio Estimulação Sensorial**

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>DESENVOLVER O SENTIDO OLFATIVO;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O R. deve ser capaz de sentir os diferentes odores cedidos pelo Técnico/Ajudante de Reab., procurando-os;</li> </ul>
<b>DESENVOLVER O SENTIDO TÁTIL;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O R. deve ser capaz de manipular os diferentes objetos dados pelo Técnico/Ajudante de Reab.;</li> </ul>

### *Interação Social e Comunicação*

Neste domínio é importante referir que as limitações sensoriais vividas dificultam a interação social e comunicação do cliente com os seus pares. Sendo assim, os objetivos neste âmbito vão ao encontro de uma relação de confiança e à vontade com o outro (tabela 23).

Cada sessão termina com um alongamento passivo dos músculos antagonistas, bem como alongamento dos músculos do tronco e coluna.

**Tabela 23 - Objetivos Gerais e Específicos PII - Domínios Interação Social e Comunicação**

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
DESENVOLVER À VONTADE COM A PRESENÇA DO OUTRO;	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O R. deve ser capaz de permitir a proximidade e o toque de outra pessoa, sem manifestar reações abruptas;</li> </ul>
DESENVOLVER A CONFIANÇA NO OUTRO;	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O R. deve ser capaz de se deixar guiar por outra pessoa, sem manifestar resistência;</li> </ul>

## Intervenção

A intervenção foi organizada em sessões individuais bissemanais de Intervenção Psicomotora (IPM) com a duração de 1 hora. Além das sessões individuais, os objetivos e tipos de atividades foram também explorados pela Estagiária, Técnicos Superiores e Ajudantes de Reabilitação nas Atividades Regulares, sendo que, a pedido da Estagiária, o Treino da Marcha Autônoma com bengala/andarrilho foi feito diariamente (bengala no interior da instituição e andarrilho no exterior devido ao tipo de piso).

As sessões de IPM eram dirigidas pela Estagiária, inicialmente com a supervisão e apoio da Técnica Superior de Atividade Física (Coordenadora), e numa segunda fase já de forma autónoma. Neste tipo de sessões a sequência-tipo encontra-se, normalmente, estruturada da seguinte forma (Anexo H):

- **Fase Inicial:** *Ativação Geral* - composta por uma ativação geral através de uma descoberta e exploração guiada onde eram colocados no espaço, ao dispor do cliente, diferentes materiais a serem explorados de forma orientada; especificamente no caso em estudo, numa primeira fase, era fornecido ao cliente um andarrilho com rodas para que este pudesse explorar, sempre orientado fisicamente pela Estagiária, o espaço ao seu redor; numa segunda fase, eram fornecidos ao cliente objetos de pequenas/médias dimensões para este explorar, também de uma forma orientada;

- **Fase Fundamental:** Atividades de acordo com PII - variavam de acordo com os objetivos (tabelas 19 a 23) e de acordo com a evolução do cliente; os objetivos específicos para cada um dos domínios foram trabalhados em tarefas com uma complexificação crescente, e tentando ir sempre de encontro à sua individualidade (e.g.: treino da marcha autónoma com andarrilho/bengala, treino do equilíbrio, treino do contorno de obstáculos nas barras paralelas); esta fase era também composta, ocasionalmente, por exercícios localizados de fortalecimento da musculatura interna e posterior da coxa; e

- **Fase Final:** Retorno à Calma e Alongamento - mobilização passiva de todos os grupos musculares envolvidos, bem como um alongamento dos M.I., M.S. e tronco.

Torna-se indispensável expor que, devido às limitações sensoriais e à constante passividade na exploração do envolvimento vivida pelo cliente, tornou-se claro que este beneficiaria de um apoio individualizado também em algumas das Oficinas de Atividades Regulares (e.g.: Atividade Física), pelo que, sempre que possível, o cliente, mesmo fora do horário de IPM, beneficiava de um apoio constante e exclusivo de encontro aos objetivos estipulados pelo PII. A tabela 24 ilustra alguns exemplos de atividades realizadas no processo interventivo.

O tipo de estratégias utilizadas neste tipo de intervenção passou essencialmente por um reforço tátil constante, tendo em conta as limitações sensoriais vividas pelo

cliente, utilização de tarefas simples de complexidade crescente; atividades significativas para o cliente, que tentem sempre ir de encontro aos seus gostos; instruções simples, precisas e claras; realização das atividades em ambientes calmos e seguros, sem estímulos distráteis; feedback constante e reforço positivo. É importante referir que foram feitas algumas tentativas para envolver os prestadores de cuidados no processo de intervenção, sem sucesso, i.e., todo o trabalho desenvolvido rumo aos objetivos foi feito apenas no tempo útil do cliente no CAO.

**Tabela 24 - Exemplos de Atividades Intervenção Estudo de Caso**

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>EXEMPLO DE ATIVIDADE</b>
<b>DESENVOLVER A AUTONOMIA NA MARCHA;</b>	O R. deve ser capaz de reconhecer um obstáculo, e ultrapassá-lo, com recurso à bengala;	Dispersos no espaço encontram-se diversos obstáculos de grandes dimensões (mesas, cadeiras). Com o recurso à bengala, o cliente é incitado a percorrer o espaço, ultrapassando os obstáculos.
	O R. deve ser capaz de se deslocar no interior da instituição, apenas com recurso à bengala;	Colocar ao longo de todas as paredes, a uma altura que corresponda ao nível dos M.S. do cliente, pistas tácteis (e.g. papel autocolante com relevo), do ponto A ao ponto B. O cliente deve conseguir percorrer a distância entre os dois pontos, apenas com recurso à bengala e às linhas orientadores na parede.
<b>DESENVOLVER A MOTRICIDADE FINA</b>	O R. deve ser capaz de realizar encaixes simples, sem apoio;	Sobre uma mesa encontra-se um suporte de madeira com 4 peças de encaixe, de diferentes tamanhos. Com apoio físico parcial da Psicomotricista, o cliente é incentivado a colocar cada uma das peças no encaixe correspondente. A diminuição progressiva do apoio físico parcial é uma das estratégias a utilizar.
	O R. deve ser capaz de realizar o movimento de preensão e rotação do pulso;	É dado ao cliente um frasco de plástico com tampa de diâmetro aproximadamente correspondente à palma da mão do mesmo. Com ajuda física parcial da Psicomotricista, este é estimulado a fazer o movimento de preensão da tampa e rotação do pulso, abrindo o frasco. A complexificação crescente da tarefa é feita através da diminuição do apoio físico, bem como do tamanho do frasco.

## **Discussão de Resultados e Estratégias para o Futuro**

Durante muitos anos todas as tarefas alusivas à autonomia na higiene e alimentação foram feitas com apoio físico total, não tendo sido dada ao cliente a oportunidade de aprender a realizá-las de forma autónoma. Os comportamentos adaptativos do cliente foram desenvolvidos aquando da entrada para a instituição, atingindo um patamar mínimo de funcionalidade em termos de deslocação, alimentação e higiene, mas sempre com apoio físico parcial. Com a entrada da estagiária foram dados mais alguns passos no sentido de potenciar a autonomia do cliente nesses mesmos domínios. Apesar de alguns dos objetivos já terem sido atingidos, há ainda um longo caminho a percorrer em termos de funcionalidade e QV. A tabela 25 sintetiza algumas das evoluções verificadas nos diversos domínios de atuação.

A avaliação final veio reforçar a necessidade da continuação do trabalho para a funcionalidade do cliente, mostrando a necessidade de algumas readequações e adaptações. O cliente necessita que o tipo de intervenção, desenvolvido na instituição seja continuado em casa e, para isso, torna-se fulcral a presença dos prestadores de cuidados em algumas das sessões de intervenção.

**Tabela 25 - Síntese das Aquisições evidenciadas pela Reavaliação**

<i>Domínio - Tarefa</i>	<i>Evolução</i>
<b>Alimentação:</b> Utilização da colher	Já consegue fazer o movimento de levar a colher à boca, no entanto só esporadicamente é que realiza o movimento de rotação do pulso para encher a colher.
<b>Alimentação:</b> Estimulação Mastigação	Começaram a ser introduzidos alimentos semissólidos (e.g. bolacha partida em pequenos pedaços misturada no leite) na alimentação do cliente, aos quais respondeu, inicialmente, cuspidando, e com o passar do tempo, passou a engolir, continuando sem mastigar.
<b>Higiene:</b> Lavar as mãos	Apresenta ainda dificuldades em efetuar o movimento de rotação do pulso para abrir a torneira. Coloca as mãos debaixo da água a correr, mas não efetua o movimento de lavagem.
<b>Vestuário:</b> Cooperação no vestir/despir	O cliente coopera no vestir/despir das calças, camisolas e sapatos, estendendo os M.S. e M.I. Já consegue vestir o casaco de forma autónoma apenas com ajuda física parcial no início do movimento. Ainda não aperta botões ou sobe fechos.
<b>Mobilidade:</b> Deslocar-se dentro da instituição com recurso à bengala	A habituação à bengala foi uma aquisição, de certa forma, rápida. Desde as primeiras tentativas em que o cliente permanecia imóvel a segurar a bengala, às tentativas seguintes em que apenas se deslocava com a bengala se sentisse um apoio físico parcial na zona das costas ou do outro M.S., até finalmente, ao deslocamento autónomo sem qualquer tipo de apoio físico por parte de outrem, passaram apenas alguns meses.
<b>Mobilidade:</b> Deslocar-se fora da instituição com recurso ao andarilho com rodas	Este foi talvez a área onde o cliente manifestou uma maior capacidade de adaptação. Desde a primeira tentativa de recurso ao andarilho com rodas como forma de orientação no exterior que o cliente se mostrou à vontade, e sem receio, da marcha autónoma. Neste ponto as dificuldades permanecem semelhantes à marcha com bengala – o ultrapassar de obstáculos, i.e., sempre que encontra algo no seu caminho que lhe impede o decorrer regular da marcha, e.g. degrau, interrompe a marcha e fica a aguardar que alguém o auxilie e redirecione.
<b>Mobilidade:</b> Ultrapassar obstáculos de grandes dimensões	O ultrapassar de obstáculos surgiu como principal desafio no que toca à autonomia na mobilidade. Em solo plano, e sem obstáculos, o cliente manifestou elevada facilidade e rápida habituação à marcha com recurso à bengala, no entanto quando chega a algum obstáculo fica parado, à espera que alguém o vá redirecionar.
<b>Mobilidade:</b> Subir e descer escadas	No que concerne ao subir e descer escadas, o cliente já consegue subir as escadas, sem alternância da passada, e com as duas mãos sobre o corrimão. Agora no que toca a descer, este ainda mostra alguma insegurança, mantendo a posição lateral, com as duas mãos no corrimão, mas esperando sempre que alguém o incentive a descer com um apoio físico parcial.
<b>Motricidade Fina:</b> Desenroscar tampa de frasco	O cliente já adquiriu a competência de efetuar o movimento de rotação do pulso no plano horizontal para abrir a tampa de um frasco com cerca 5cm de diâmetro, no entanto realiza a tarefa apenas esporadicamente. Muitas das vezes fica apenas a fazer a preensão palmar da tampa, sem efetuar o movimento de desenroscar.
<b>Motricidade Fina:</b> Abrir fechadura	O cliente apresenta ainda dificuldades no movimento de rotação do pulso para abrir a fechadura. Procura a fechadura com a mão, mas quando a encontra fica imóvel à espera que alguém o auxilie. Quando o movimento é iniciado com o apoio físico parcial, este consegue terminar o movimento, puxar a porta e fazer a passagem.

Tendo em conta as limitações sensoriais e a dificuldade intelectual associada ao diagnóstico, pensa-se que a melhor abordagem para o cliente deve passar pelo aumento da sua funcionalidade pelo que toda a intervenção deve continuar centrada em tarefas

que desenvolvam a sua autonomia nas atividades do seu quotidiano. Assim, e em linhas gerais, recomenda-se a:

- continuação da intervenção individual ao encontro dos objetivos estipulados;
- marcação das paredes interiores da instituição com linha de diferentes texturas, para auxiliar o cliente a orientar-se dentro da mesma;
- continuar o treino de grandes obstáculos;
- continuar o treino da autonomia na alimentação e higiene, mais especificamente treino da colher e treino de lavar e enxugar mãos e face;
- trabalhar a qualidade da interação com os pares;

Finalmente, é importante ressaltar, através de uma aproximação aos prestadores de cuidados, a importância de que todos os objetivos estipulados no PII possam ter uma continuação fora do ambiente institucional. Aconselha-se também a marcação de uma Consulta com a Médica de Família para que seja feita a referência para as especialidades de Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

### **Atividades Complementares**

---

Fora do horário de estágio, a Estagiária foi convidada a dinamizar e participar em diversas iniciativas, das quais importa salientar as seguintes:

- **“Dia Nacional do Pijama”** (20 de Novembro 2015): dia educativo e solidário feito por crianças/jovens que ajudam outras crianças/jovens; neste dia, os clientes e funcionários da Instituição foram vestidos de pijama para o CAO e passaram, assim, o dia, em atividades alusivas ao tema; a Estagiária ficou responsável pela dinamização das Atividades Temáticas durante todo o dia;
- **Feira de São Martinho** (11 de Novembro 2015) com o objetivo de dar a conhecer e estimular a compra de produtos feitos pelos clientes e relacionados com a temática da feira. Interação com outras instituições através de atividades lúdicas e jogos tradicionais dinamizados pela Estagiária, com a participação de outras Instituições e comunidade em geral;
- Participação na **Semana da Reflorestação** (24 de Novembro de 2015): realizado em parceria com os Serviços Florestais de São Jorge; o dia foi repleto de atividades de pintura com diversos materiais (folhas, tintas, madeiras, pinhas, entre outros) e plantio de diversos tipos de plantas, em conjunto com o Centro de Atividades Ocupacionais do Concelho da Calheta – O Farol;
- Dinamização de um Workshop com a temática “Sexualidade na DID” no **Dia Mundial da Deficiência**, integrado na 10ª Feira Anual das Capacidades. Esta iniciativa teve como população-alvo Pais, Prestadores de Cuidados, Ajudantes de Reabilitação e Técnicos; o Workshop de uma hora (das 18h às 19h), no dia 3 de Dezembro, contou 20 participantes e abordou, numa primeira fase, o estado da arte com relação à Sexualidade e Deficiência, com especial enfoque na abordagem parental e institucional ao lidar com as mudanças e necessidades do jovem, e uma segunda parte, de partilha de experiências e debate de casos práticos fictícios;
- **Desfile de Carnaval** (4 de Fevereiro 2016) - com a participação de todas as Escolas e algumas Instituições do Concelho, durante toda a manhã; a Estagiária participou, não só no Desfile, como também na confecção de todos os fatos e fantasias;
- **Dia da Juventude**, organizado pelo Grupo Pastoral Juvenil de São Jorge (19 Março 2016), entre as 14h e as 18h, com uma intervenção em formato multimédia na Mostra de Trabalhos das diferentes Instituições e Associações convidadas; a Estagiária elaborou um vídeo com a temática “Um dia no CAO de Velas” com o objetivo de ilustrar grande parte das atividades desenvolvidas no dia-a-dia dos clientes;



- **Dinamização Atividades Tradicionais** no âmbito das **Festas de São Jorge** (23 de Abril): evento organizado pela Câmara Municipal de Velas que compreendeu um dia repleto de atividades para a população em geral, no Jardim da República. A Estagiária foi responsável pela Dinamização da manhã (10h-12h) e tarde (14h-16h) de jogos tradicionais para os clientes do CAO de Velas e comunidade;
- **Participação no Dia Mundial da Dança** (28 de Abril de 2016): organizado pelo Serviço de Desporto de Ilha, com a participação do CAO de Velas, Santa Casa da Misericórdia de Velas, *Gimni Centro* Academia e Escola Básica e Secundária de Velas, o evento decorreu no Pavilhão Desportivo da EBS de Velas, durante a parte da tarde. O CAO de Velas participou apresentando a peça de Teatro - A Nova História dos Sapatos Vermelhos, representada em parceria com a turma de Finalistas da Santa Casa da Misericórdia de Velas, e dinamizando a aula de zumba para todas as centenas de participantes no final do evento.
- **Formação Estimulação Multissensorial e Sala Snoezelen** (9-10 Maio) na ilha do Faial, orientada pela Formadora Maria Amélia Martins, Licenciada em Serviço Social, Pós-Graduada em Neuropsicologia Clínica e Doutorada em Psicologia Cognitiva pela Universidade de Coimbra, objetivando promover a aquisição de conhecimentos sobre a estimulação sensorial através do *snoezelen* (e outros ambientes multissensoriais) e suas aplicações, assim como preparar profissionais para a dinamização de formação nesta área. Destinada a todos os profissionais da área da saúde e educação, a formação teve uma carga horária de 12 horas. Os conteúdos programáticos foram: origem e conceitos do *snoezelen* e da estimulação multissensorial; os diversos materiais e como usar, explorar, criar e experimentar; criar/organizar uma sala de estimulação sensorial; parametrizar e avaliar as sessões – exercícios práticos; dinamizar sessões de *snoezelen*.
- **Participação Evento Escola Dinâmica** (1 de Junho de 2016), na Feira de Profissões, com a divulgação da Reabilitação Psicomotora enquanto Profissão na Área da Saúde.
- **Participação Atividades do Dia da Criança** (1 de Junho de 2016) sendo novamente apresentada a Peça “A Nova História dos Sapatos Vermelhos” em parceria com a Santa Casa da Misericórdia de Velas, desta vez no Auditório Municipal de Velas
- **Formação Suporte Básico de Vida (SBV)** (5 de Junho de 2016), com a duração de 6 horas. Nesta formação foram adquiridas competências básicas de SBV, tais como: A cadeia de sobrevivência; Paragem cardiorrespiratória; Obstrução da via aérea; Posição lateral de segurança – PLS.
- **Participação no Espetáculo 25 Anos em Movimento – Gimni Centro Health Club** (25 de Junho de 2016), com a apresentação da peça coreográfica de dança contemporânea elaborada durante a Oficina Movimento e Luz, em parceria com O Farol – CAO, no Auditório Municipal de Velas.

Toda a intervenção da Estagiária, quer no âmbito das atividades regulares do CAO, quer no âmbito de todas as atividades extra desenvolvidas pela Associação, deixaram transparecer uma constante atitude passiva por parte da grande maioria dos prestadores de cuidados. A não comparência nos eventos tornou-se uma realidade frequente durante os nove meses de estágio, pelo que, na opinião da Estagiária, este é um dos principais domínios a intervir para melhorar, não só a QV dos clientes, como também dos próprios prestadores. O Projeto de Intervenção, descrito no Capítulo seguinte, pretende atuar a este mesmo nível.

## A Instituição após a atuação da Estagiária

---

### Projeto de Intervenção

---

#### Corpo em Movimento: Um Meio de Comunicação

#### **Introdução**

Ao longo do estágio, uma das principais dificuldades sentidas pela Estagiária, passou pela tentativa de ultrapassar a “barreira” entre instituição, clientes e pais/prestadores de cuidados, dado alguns não se mostrarem à vontade a falar sobre, interagir e participar em atividades com os seus educandos. Na maioria dos casos, existe uma grande lacuna na comunicação. De que maneira se poderia então trabalhar esta aproximação? De que maneira se poderia ajudar estas pessoas a perceberem que não é a esconder e a não abordar o assunto que este vai parecer menos delicado e difícil?

Foram feitas, por parte da Instituição, inúmeras tentativas de aproximação, desde convites recorrentes para a participação em todo o tipo de atividades até reuniões, encontros, workshops e seminários sobre o tema para tentar, não só fornecer-lhes conhecimento, estratégias e ajuda, como também para que pudessem ter a oportunidade de partilhar as suas experiências, medos e vivências com outros na mesma situação. No entanto, em alguns dos casos, todas estas tentativas foram em vão, pois, a distância continuou a impor-se.

Tornou-se notória, em alguns casos, que não existe apenas uma falta de à-vontade em partilhar e ouvir vivências, como também é visível uma falta de partilha entre os próprios e os clientes em si. Alguns dos prestadores de cuidados, apesar dos inúmeros anos de experiência que já têm, ainda não aprenderam a aceitar, e consequentemente, a lidar com a dificuldade. Os clientes são mantidos numa espécie de “bolha”, e o papel dos prestadores passa essencialmente pelas necessidades básicas, passando tudo o resto, o convívio, a partilha e a estimulação, ao lado. É importante para estes pais que lhes seja dada ajuda, além de seminários, palestras e conversas. É importante que lhes sejam dadas experiências práticas que os façam compreender melhor a deficiência e, sobretudo, solidificar a relação que têm com os clientes, para que, depois desse passo, sejam dados muitos outros rumo à inclusão destes na intervenção.

Na instituição, é visível o nível de stress e alguma ansiedade nos prestadores de cuidados que se manifestam nas suas reações e relações com os próprios filhos, corroborando Knox, Douglas e Bigby (2016). A “fuga constante” à comunicação com a instituição, as ausências recorrentes em todas as investidas feitas pela mesma em partilhar experiências e conhecimentos, o desejo de evitar a participação em todas e quaisquer atividades em espaços públicos, a forma distante como lidam com o seu filho e a recusa em participar diretamente no processo de intervenção são apenas alguns exemplos de reações por parte dos prestadores de cuidados que levam a crer que existe uma falta de mecanismos de *coping* para lidar com as situações desencadeadas pelas dificuldades dos clientes.

Assim, é importante tentar uma nova abordagem. É também óbvia a necessidade de recetividade por partes dos pais. Se as palavras, o principal método já utilizado neste tipo de abordagens, não se mostraram suficientemente fortes para atingir a consciência e a mentalidade dos pais, haveria alguma outra forma de o fazer? Haveria alguma forma de chegar a estes pais, ultrapassar as barreiras por eles, e pela vida, impostas? Talvez, através do corpo.

Uma experiência prática através do corpo em movimento poderia ajudar a estabelecer uma ligação coesa entre prestadores e clientes, abrindo horizontes e

mudando mentalidades, diminuindo os níveis de stress, potenciando a autoconfiança, e a confiança no outro, atuando como um elo de ligação.

Desta forma, o presente projeto pretende abordar duas vertentes, que se vão correlacionar: por um lado, pretende melhorar os níveis e a qualidade da comunicação verbal entre prestadores de cuidados e clientes, através de experiências e interações não-verbais; e por outro lado, pretende diminuir os níveis de stress dos prestadores de cuidados através da expressão das emoções. Estes dois domínios estão correlacionados, sendo que a resolução de conflitos e a aprendizagem de estratégias e competências de resolução de problemas vão consequentemente levar a uma diminuição dos níveis de stress e facilitar a interação e a comunicação (Devereaux, 2008).

O grande objetivo do projeto *Movimento e Expressão: Um Meio de Comunicação* passa essencialmente por fornecer aos prestadores de cuidados um conjunto de estratégias que facilitem a comunicação, e consequentemente, a relação com os seus: numa primeira fase através do fornecimento de estratégias e mecanismos de *coping* para aprender a lidar com as situações do envolvimento e, em consequência, reduzir o nível de stress que estas acarretam e, numa segunda fase, aplicar esses conhecimentos de autogestão na relação com o outro, em específico, com aquele a que presta cuidados.

Este Projeto de Intervenção engloba domínios complexos e sensíveis como a parentalidade e o stress parental e as suas repercussões na qualidade da comunicação e da relação pais-filhos, associado a populações com dificuldades, pelo que serão explorados conceitos como a intervenção na família, o stress parental e a intervenção pelo corpo. Há que referir que, devido a constrangimentos temporais, o projeto não foi aplicado este ano letivo, prevendo-se a sua concretização no próximo ano.

## **Intervenção na Família**

A intervenção na pessoa, na família e na comunidade é uma abordagem cada vez mais praticada nos contextos terapêuticos, apesar da escassez de informação sobre Intervenção Centrada na Família (ICF) fora do contexto da Intervenção Precoce (IP - e.g., com adultos). Assim, muitos dos tópicos mencionados no presente capítulo vão representar uma generalização dos paradigmas da ICF na IP para o contexto de adultos com DID.

Segundo Sciberras e Hutchison (2003), o papel da família, que antes passava apenas por levar os seus filhos aos serviços e redes de apoio específicas, passa agora por ter uma participação ativa na intervenção, como parte integrante do processo de reabilitação e trabalhando em parceria com os técnicos. Assim, uma intervenção centrada na família deve ter por base a transdisciplinaridade e a coordenação de serviço, tendo como pilar a participação ativa dos prestadores de cuidados, com o objetivo máximo de potenciar o aumento da funcionalidade na pessoa (Almeida, 2011).

Num modelo de intervenção familiar, os profissionais devem ter em conta todos os aspetos da estrutura da família para poder fortalecê-la e ajudar o sistema familiar a enfrentar e resolver as dificuldades resultantes de cuidar de uma pessoa com necessidades especiais de apoios (Cornwell e Cortland, 1997). A análise de todos os subsistemas, intra e extrafamiliares, pode também ser essencial para se encontrarem os recursos que possam apoiar a família nas suas tarefas.

Para Pimentel (2005), a intervenção focada na família passa essencialmente pelo conceito de *empowerment*, i.e., por dar competências e capacitar a família para que assuma um papel ativo na intervenção. Fortalecer o funcionamento familiar, facilitar a comunicação, criar reciprocidades benéficas, estabelecer relações de parceria e práticas proactivas são apenas alguns dos objetivos da ICF. As práticas de intervenção devem ser

descentradas da pessoa, e centradas na família, no envolvimento e na sua relação com os mesmos, sendo fulcral dar estratégias aos prestadores de cuidados para que estes consigam dar uma continuidade à intervenção (Almeida, 2005).

Quando se fala de intervenção familiar existem alguns modelos importantes a mencionar que, mesmo que centrados na IP, podem ser generalizados para a intervenção em adultos:

- **Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano** (Bronfenbrenner, 1979) defende que o meio ambiente estrutura o desenvolvimento da pessoa, e que a interação entre a pessoa e o meio influencia diretamente o seu desenvolvimento; de acordo com o modelo, as famílias necessitam de mais recursos, formais e informais, para que possam ter as oportunidades e capacidades de ter uma participação ativa e adequada no desenvolvimento dos seus (Pereira e Serrano, 2010);
- **Modelo Transacional do Desenvolvimento** (Sameroff e Chandler, 1975), defende que a pessoa, o processo e o meio envolvente são elementos inseparáveis e interdependentes; este modelo coloca o desenvolvimento como resultado de interações dinâmicas e recíprocas entre pessoa, família e meio envolvente, ressaltando a importância de uma interação adequada com os prestadores de cuidados (Correia e Serrano, 1996); e
- **Teoria Sistémica Familiar** onde todos os sistemas são compostos por elementos que se interligam e interdependem do funcionamento uns dos outros. Assim, cada família representa um sistema onde todos os elementos que a compõem dependem e influenciam os restantes. Seguindo esta linha de pensamento, é importante que os profissionais que trabalham neste âmbito conheçam a complexidade das interações familiares, e que não se esqueçam que o próprio sistema familiar se encontra inserido num macrossistema ainda mais alargado, a sociedade, que influencia direta e indiretamente todo o seu desenvolvimento (Relvas, 1996).

Os princípios da ICF devem passar essencialmente pelo seu reconhecimento como principais influenciadores do desenvolvimento, pela identificação dos seus pontos fortes e prioridades, pela individualização da intervenção e, finalmente, pelo apoio e respeito pelos valores familiares (Pereira e Serrano, 2010),

Para Almeida (2005, 2011), é impossível falar de intervenção familiar sem abordar os estilos de interação parental e as oportunidades de participação dos prestadores de cuidados. Na população em estudo, a principal dificuldade não passa pela falta de oportunidades, mas sim pela pouca receptividade e responsividade por parte dos prestadores de cuidados ao contacto. Ainda existem prestadores de cuidados que não conseguiram ultrapassar a barreira da participação na intervenção, em alguns casos por falta de oportunidades ou de informação, preferindo manter-se à parte e desempenhando apenas o papel de se certificar que os filhos têm acesso aos serviços, mas ficando sempre “do lado de fora” dos mesmos (Sciberras e Hutchison, 2003).

Knox et al (2016) apontam como uma das principais dificuldades, evidenciadas por prestadores de cuidados de adultos com DID, a tomada de decisões. Encontrar o equilíbrio entre a tendência para protegê-los e tomar as decisões por eles, e ao mesmo tempo dar-lhes as oportunidades para que possam tomar as suas próprias decisões e tornar-se o mais independentes possível é um dos dilemas que mais afeta os níveis de stress parental. Nestes casos, o ideal seria que os prestadores de cuidados dessem um suporte na tomada de decisões, mas fossem diminuindo progressivamente este suporte de forma a aumentar a funcionalidade e responsabilidade do cliente (quando este tem capacidade para o fazer).

De acordo com Coutinho (2004), os programas de formação ou treino de competências parentais têm como principal objetivo melhorar os níveis de informação e as competências educativas dos prestadores de cuidados, e a sua eficácia tem sido demonstrada nos últimos anos, revelando melhorias positivas na autoconfiança dos prestadores de cuidados e, consequentemente, no processo interativo. Este tipo de programas visa modificar as competências parentais no domínio do conhecimento, da prestação de cuidados, das relações ou até mesmo na aquisição de habilidades específicas. Quando existe uma colaboração estreita entre pais e profissionais, os pais sentem-se mais informados e mais competentes, e isto influencia claramente o desenvolvimento da pessoa.

O projeto em causa tem como principal objetivo a diminuição nos níveis de stress e ansiedade em prestadores de cuidados e, em consequência, potenciar uma melhoria na comunicação entre pais-filhos, fortalecendo a relação familiar. Posto isto, é importante abordar o conceito de parentalidade e de stress parental.

## **A Parentalidade e o Stress Parental**

---

Um dos principais fatores que influenciam a qualidade das relações dentro de uma família, em situação de dificuldade, é o stress (Pereira, 2006) que se caracteriza por uma relação peculiar da pessoa com o meio envolvente que acarreta consequências no seu bem-estar: quando esta influência é negativa, a pessoa entra em desequilíbrio a vários níveis (Ramos, 2001). São inúmeras as teorias que tentam explicar o stress, os seus fatores desencadeadores e o tipo de repercussões que tem na vida das pessoas, sendo importante, neste contexto, fazer referência às teorias biológicas e cognitivas.

### **Teorias Biológicas e Cognitivas do Stress**

Selye (1956 cit in Bianchi, 2000) foi o responsável pelo aparecimento das teorias biológicas do stress, definindo o stress biológico ou Síndrome de Adaptação Geral (SAG), e defendendo que se fala de stress desde o momento em que existe a libertação de hormonas (e.g.: catecolaminas, glicocorticóides e mineralocorticóides), que vão levar a alterações no organismo. Faltava, no entanto, a relação da pessoa com o elemento stressante, e foi acrescentada à definição de stress o facto deste poder resultar de elementos interiores ou exteriores, aos quais a pessoa pode não possuir capacidade de resposta: a avaliação da pessoa face à situação stressante quer a identifique como ameaçadora ou um desafio positivo, acarreta manifestações biológicas SAG. Numa segunda fase, a pessoa avalia se tem as capacidades necessárias de resposta para enfrentar a situação, e como poderá usar os seus mecanismos de *coping* para lidar com ela (Bianchi, 2000).

Mais tarde, surgem as teorias cognitivas de atribuição, que cada pessoa dá à situação stressante e ao ambiente envolvente, deixando-se, ou não, afetar por esta. Nesta avaliação pessoal vão interferir fatores intra e extrapessoais, e assim, uma situação pode ser considerada stressante para determinada pessoa e não para outra (Cortina, Fitzgerald e Drasgow, 2002).

De acordo com Bianchi (2000) são diversos os fatores que podem estar na origem do stress. Vaz (2007) divide os fatores indutores de stress como podendo ser de natureza física (e.g.: privação de alimentos), psicológica (e.g.: conflitos interpessoais), e social (e.g.: dificuldades económicas), realçando-se a não linearidade dos fatores, i.e., um fator do tipo social pode acarretar o desenvolvimento de fatores do tipo psicológico. Ao longo da vida, a pessoa vai adaptando as suas respostas às circunstâncias, assumindo atitudes para dar resposta aos factos. O aparecimento de uma nova circunstância poderá desencadear uma situação de stress (Pinto e Silva, 2005) como quando a pessoa não está preparada para lidar com a nova situação (e.g.: filhos com necessidades especiais



de apoios), sendo necessários recursos e estratégias (Vaz, 2007) para lidar com as situações. Uma percepção distorcida da situação poderá fazer aumentar o stress, isto porque a pessoa pode desenvolver a ideia de que não tem o controlo necessário sobre o acontecimento com que está a lidar (Pinto e Silva, 2005). É neste ponto, na percepção da situação e escolha da melhor estratégia para lidar com ela, que se vai centrar o Projeto em causa.

Agora fazendo uma referência específica à parentalidade, e segundo Minelto, Crepaldi, Bignas e Moreira (2012), a educação dos filhos surge como o principal desafio associado à parentalidade, sendo agravado nos casos de Necessidades Educativas Especiais (NEE) porque todas as expetativas são questionadas. Nestes casos, todos os sentimentos que as dúvidas, receios e incerteza provocam nos prestadores de cuidados vão influenciar diretamente a interação com os filhos, pelo que se torna fundamental um apoio e orientação nestes casos.

Estes fatores e situações indutoras de stress, implicam diversos sinais que alteram o funcionamento típico da pessoa, pois sofrem a influência da personalidade de cada um, assim como da situação que despoleta o stress, são eles: alterações do comportamento (fumar e/ou beber mais que o habitual, isolar-se das outras pessoas, e manifestar insatisfações), emocionais (perder autoconfiança, manifestações de cólera e raiva), cognitivas (pensamentos repetitivos, dificuldades na concentração, dificuldades na tomada de decisão) e através de sintomas vegetativos (dores de cabeça frequentes, aumento da tensão arterial, perturbações do sono (Vaz, 2007).

No Projeto em causa o stress surge associado ao ambiente familiar, à parentalidade e às exigências do diagnóstico e das limitações a ele associadas. A parentalidade emerge como uma fase importante na vida da pessoa, que acarreta oportunidades de crescimento pessoal, mas também um risco de descompensação, que poderá comprometer o percurso vital, pelo que a intervenção desde cedo poderá ter efeitos muito positivos no desenvolvimento das interações familiares, e consequentemente, da pessoa (Minelto et al, 2012; Pinto e Silva, 2005).

A parentalidade implica uma interação entre pais e filhos para um desenvolvimento saudável da mesma e a maneira como os pais atuam vai influenciar, de forma direta ou indireta, positiva ou negativa, o comportamento da criança (Ramalho, 2001).

Os estilos parentais dizem respeito à forma como os pais apoiam o seu filho no seu desenvolvimento e crescimento, fazendo com que este explore o mundo, transmitindo-lhe valores como o respeito, tolerância e a aceitação dos outros (Ramalho, 2001). Existem diferentes estilos parentais: o permissivo, o autoritário, o superprotetor e o democrático, influenciados pela maneira como os próprios progenitores foram educados (Urra, 2007). Pais de filhos com desenvolvimento atípico utilizam estilos parentais mais autoritários e com maior controlo e supervisão, diminutos na expressão de afeto (Ramalho, 2001). Estes resultados evidenciam a necessidade de redes de suporte adequadas e específicas que visem diminuir os níveis de stress associados, e orientar as práticas educativas (Minelto et al, 2012).

A atipicidade desenvolvimental vai influenciar os níveis de atuação parental e implicar um esforço suplementar em termos de adaptação e organização do sistema familiar, tornando a família mais vulnerável (Coutinho, 2004). As competências parentais implicam ter a capacidade de lidar com diferentes tipos de situações-problema onde é indispensável identificar o problema, criar e avaliar alternativas, selecionar a melhor solução, passar à ação e finalmente saber avaliar as consequências (Correia e Serrano, 1988).



Rapidamente se estabelece a ligação de que a formação de uma família e o seu desenvolvimento constituem por si só fatores indutores de stress (Alarcão, 2007). Segundo García, Marín e Currea (2006) o stress parental vai ter repercussões diretas nos níveis de ansiedade das crianças, influenciando toda a relação. A dinâmica da relação familiar vai influenciar diretamente domínios como autoconceito e autoestima, tanto no cuidador como naquele que ele cuida. Assim, a presença de stress parental tem influência também na percepção que os pais têm dos filhos, afetando-a. Estes podem ver os seus filhos de forma mais negativa, tendo menos capacidade de resolver os problemas (Martín, Paul e Roncon, 2000; Peixoto, 2004).

Segundo Knox et al., (2106), o stress vivido pelos pais de filhos com necessidades de apoios passa pelo medo e receio de que “não vão estar sempre lá”. Esta incerteza do futuro e do que será do seu filho quando eles próprios já não tiverem presentes, despoleta nos prestadores de cuidados níveis elevados de stress e ansiedade, bem como o desejo de ter a vida com que tinham sonhado e as dificuldades em perceber e aceitar a nova realidade, aquando do nascimento de um filho com necessidades especiais de apoios.

A sobrecarga associada aos cuidadores e as repercussões nas rotinas vai influenciar o tipo de relação com aqueles a quem prestam cuidados, variando esta sobrecarga com inúmeros fatores: diagnóstico, intensidade dos sintomas, tipo e frequência de apoio e mesmo as características dos cuidadores, as redes formais e informais de suporte, i.e., o tipo de apoios, quer a nível social, quer a nível familiar e de amigos, que a pessoa tem ao seu dispor (Barroso, Bandeira e Nascimento, 2007).

As experiências de vida dos prestadores de cuidados também vão ter um impacto na forma como cuidam dos seus filhos. A sua personalidade, competências sociais, níveis de autoestima, capacidade de resolução de problemas e compreensão dos papéis parentais (Correia e Serrano, 1988), condições sociais e habilitações literárias (Portugal e Alberto, 2015), são algumas das áreas fundamentais no desempenho das funções parentais porque estão intimamente ligadas com a aceitação das responsabilidades inerentes.

Enquadrando a importância da intervenção na família no Projeto em estudo é agora preponderante referir que tipo de intervenção foi pensado pela Estagiária como ferramenta de ajuda na diminuição dos níveis de stress parental e de melhoria na comunicação dentro do sistema familiar, em especial na relação prestadores-clientes.

### **Corpo como Instrumento Terapêutico – Dançoterapia e Contato-Improvisação**

---

“O corpo fala sem palavras. Pela linguagem do corpo, você diz muitas coisas aos outros. E eles têm muitas coisas a dizer a você (...) É uma linguagem que não mente” (Weil e Tompakow, 2001; p.2)

Uma das muitas formas que o corpo encontrou para se expressar foi o movimento. Cada passo, cada gesto, cada contacto e cada expressão estão carregados de significado (Varanda, 2012). De acordo com Laban (1978, p. 67), “[...] o corpo é o nosso instrumento de expressão por via do movimento. O corpo age como uma orquestra, na qual cada seção está relacionada com qualquer uma das outras e é uma parte do todo”.

É o movimento que ajuda a acalmar a agitação interior, é através do movimento que o corpo liberta tudo aquilo que sente, tudo aquilo que quer sentir e tudo aquilo que espera um dia sentir. O movimento é a expressão particular de cada pessoa, revelando involuntariamente, as suas características mais íntimas. Ele traz consigo,

invariavelmente, aspetos conscientes e inconscientes, culturais, sociais, afetivos, simbólicos e assimila informações. O corpo, não só fala, também tem memória, escuta e elabora, pensa, simboliza e identifica sentidos (Gil, 2002).

Importa distinguir o gesto dançado de qualquer outro gesto comum. Em qualquer gesto comum, o segmento entra em movimento porque a ação impõe do exterior uma deslocação deste. Por outro lado, na dança, o movimento do bailarino vem do interior, e é este mesmo impulso interior que leva consigo o segmento do gesto. Na dança, é o movimento ritmado que “transporta” o corpo, que serve de suporte. A perspectiva de Laban (1978) diz-nos que o movimento passa a ser dançado quando a “ação exterior é subordinada ao sentimento interior”, defendendo, portanto, que há um impulso interior na origem de todo o movimento, dançado ou não (Gil, 2002; Walsh, Leray e Maucouvert, 1990). Mas de que maneira é que este espaço de corpo associado à libertação de impulsos interiores pode ser útil no campo terapêutico?

#### *Terapias Orientadas para o Corpo*

As terapias orientadas para o corpo são as que utilizam o corpo como instrumento para fortalecer o diálogo entre indivíduos, explorando tudo o que é vivenciando, recorrendo ao corpo como meio de comunicação. Este tipo de terapias tem por base uma visão holística do ser humano, encarando-o como uma associação entre corpo e mente, que engloba fatores cognitivos, emocionais e físicos, que por sua vez, influenciam a capacidade do indivíduo agir sobre determinado envolvimento, existindo evidência da eficácia das Terapias Corporais na diminuição dos mais variados sintomas (Probst, Krapen, Poot e Vancomport, 2010; Rohricht, Papadopoulos e Priebe, 2013).

De acordo com a ADTA (s.d.), o potencial terapêutico-inclusivo do movimento dançado passa pelos seguintes pressupostos: a mente e corpo são indissociáveis; o movimento mobiliza a globalidade das funções neuro psíquicas sendo um reflexo da personalidade, evidenciando aspetos do inconsciente; os processos relacionais são fundamentais no âmbito do uso psicoterapêutico ou inclusivo e da dança/movimento expressivo; o movimento promove competências comunicativo-expressivas e de interação interpessoal e grupal; e a dimensão auto-exploratória e de autoconhecimento despoletada pelo processo criativo potencia aquisições instrumentais, a capacidade de expressão e de aprendizagem, conferindo ao movimento dançado um potencial de mudança terapêutica.

Chace (1960 cit in Payne, 1992), a fundadora da Dançoterapia, defendia que os padrões corporais de tensão/distorção são o reflexo de experiências traumáticas e que o movimento simboliza o inconsciente da pessoa. Para a autora, a terapia pelo movimento ajudava o indivíduo a integrar modos verbais e não-verbais de comunicação de maneira fluente, defendendo a empatia quinestésica como um processo básico. Estes princípios têm sofrido reelaborações e vêm sendo adequados consoante os diferentes problemas ou contextos (Payne, 1992), focando-se no movimento como forma de promoção de estratégias de aprendizagem e de revelador do inconsciente, para interpretação do comportamento. A dança pode então ser vista como uma forma de expressão a nível educacional, terapêutico e consequentemente, expressivo, passando a chamar-se de dançoterapia (Cunha, 2010).

A dançoterapia, sendo um movimento natural, pode ser adaptada a todas as idades, géneros, indivíduos com ou sem dificuldades, e ainda a diferentes contextos (Cunha, 2010) e é definida como “uma técnica psicoterapêutica que utiliza o movimento como um processo que promove a integração emocional e física do indivíduo”, representando uma linguagem não-verbal, onde o corpo, a música e o ritmo são reforçados pela capacidade de sentir, conhecer-se e expressar-se (ADTA, s.d., para.1).

Com o objetivo de promover e encorajar a imaginação, a criatividade e a iniciativa, este tipo de abordagem é utilizada como meio alternativo de comunicação, pois permite a expressão dos sentimentos e emoções (Cunha, 2008), permitindo, ainda, a espontaneidade e a liberdade de movimentos, desenvolvendo a confiança e autoestima da pessoa (Cunha, 2010).

No que diz respeito ao Projeto de Investigação, e tendo em conta a população atendida na instituição e as suas dificuldades comunicacionais, a dançoterapia pode desempenhar um papel fundamental, criando alternativas de comunicação, facilitando a relação e interação entre a pessoa e os que a rodeiam. Através da exploração dos movimentos corporais, da concentração, relaxação e interação é possível encontrar um equilíbrio interno, que ajuda no controlo dos sentimentos, aumento da confiança e diminuição da frustração pela dificuldade de expressão (Santos, 2008; Xia e Grant, 2009).

A dançoterapia encontra-se associada a inúmeros benefícios: motores (e.g.: fortalecimento da musculatura, aumento da mobilidade articular, desenvolvimento da noção corporal, equilíbrio, estruturação espaciotemporal e lateralidade), cognitivos (e.g.: treino da memória auditiva, corporal, sensorial e espacial, estimulação do sistema nervoso e integração sensorial, autoconhecimento, espontaneidade e criatividade), e socio-afetivos (e.g.: capacidades de expressão, comunicação e socialização - ADTA, s.d.; Cunha, 2010; Kauffman, 2006).

A pessoa, ao empenhar-se no processo de expressão de si mesmo, vai conseguir uma convivência consigo própria e com os outros, permitindo a sua integração no contexto onde se insere (Couto, 2009). A dança e o movimento vão surgir aqui como uma forma de comunicação com propósitos claros, onde o corpo se manifesta e surge como um meio facilitador da comunicação (Batalha e Xarez, 1999).

Apesar das evidências já apontadas na literatura (e.g.: Gil, 2009; Rohricht et al, 2013), a Estagiária considerou que a grande dificuldade, na sua intervenção, foi ainda a reticência dos prestadores de cuidados a esta metodologia e a tudo o que fuja das rotinas do quotidiano. Qualquer intervenção requer uma preparação cuidada com objetivos, regras e rituais estabelecidos, com especial cuidado na gestão e respeito do espaço pessoal, (Hall, 1986). De acordo com Devereaux (2008), as sessões de Dançoterapia com ênfase na construção da relação têm principal objetivo estabelecer elos de ligações entre pares através do corpo, tendo em conta que o contacto verbal está usualmente comprometido, trabalhando a 3 níveis distintos, mas comuns: identificar e difundir a sempre presente tensão familiar; construir relações familiares saudáveis; e “recoreografar” as dinâmicas familiares, de forma a reparar as experiências emocionais vividas pela família.

Além da aplicação dos princípios da dançoterapia acima apresentados, na opinião da Estagiária, seria importante para esta exploração abordar um outro campo da dança contemporânea, o contacto-improvisação. Este domínio da dança surgiu nos Estados Unidos na década de 70 através dos trabalhos de Steve Paxton, bailarino americano interessado em descobrir como a improvisação em dança poderia facilitar a interação entre corpos, proporcionando uma participação igualitária dos bailarinos, sem hierarquias ou papéis sociais (Leite, 2005).

Paxton queria ampliar a noção de beleza física, até então muito restrita nas companhias de dança, e deixar o movimento derivar de uma outra base que não uma estética estabelecida ou um corpo carregado de técnica. Assim, o dogma deste domínio da dança passa por defender que qualquer corpo pode dançar e que as repercussões que o contacto de um corpo tem no outro podem culminar em um movimento dançado (Lockhart, 1982; Novack, 1990). Desde então, esta área da dança começou a proliferar e

a atrair bailarinos de todos os cantos do mundo, tendo evoluído para aquilo que é hoje, um domínio da dança carregado de imprevisibilidade e cooperação (Leite, 2005).

A comunicação estabelecida através do diálogo corporal (não-verbal) é a essência do contacto-improvisação. Este diálogo corporal acontece assim a vários níveis: na relação entre a pessoa e o seu próprio corpo; relação entre o corpo da pessoa e o envolvimento; e, finalmente, a relação entre o corpo do “eu” e o corpo do outro (Novack, 1990; Leite, 2005; Torquato e Bizerril, 2009). Estes princípios vão claramente ao encontro dos objetivos do Projeto em causa, parecendo assim este domínio um elemento-chave ao seu desenvolvimento.

Desta forma, foram estabelecidas três hipóteses que serão estudadas com a dinamização das sessões, são elas:

**Hipótese 1: A influência da Dançoterapia na diminuição dos níveis de stress.**

H0: Os níveis de stress dos prestadores de cuidados diminuem após a intervenção em Dançoterapia.

VS

H1: Os níveis de stress dos prestadores de cuidados não diminuem após a intervenção em Dançoterapia.

**Hipótese 2: A influência da Dançoterapia nos mecanismos de *coping*.**

H0: Os mecanismos de *coping* e resiliência dos prestadores de cuidados aumentam após a intervenção em Dançoterapia.

VS

H1: Os mecanismos de *coping* e resiliência dos prestadores de cuidados não aumentam após a intervenção em Dançoterapia.

**3.**

H0: A qualidade da comunicação parento-filial melhora após a intervenção em Dançoterapia.

VS

H1: A qualidade da comunicação parento-filial não melhora após a intervenção em Dançoterapia.

**Amostra**

O presente projeto implica a avaliação, em duas fases distintas, dos 30 participantes, 18 prestadores de cuidados (60%) e 12 clientes (40%), entre os 22 e os 72 anos ( $M=47\pm5.4$ ). Destes 30 participantes, 17 são género feminino (56,7%) e 13 do género masculino (43,3%). No que diz respeito ao estado civil 12 dos participantes são casados (40%), 5 são divorciados (16,7%), 2 vivem em união de facto (6,7%) e 11 são solteiros (36,6%). Relativamente às habilitações literárias da amostra 8 participantes têm o 12º ano de escolaridade (26,6%), 4 têm o 9º ano de escolaridade (13,3%), 9 têm o 4º ano de escolaridade (30%) e os restantes 9 não frequentaram o Ensino Regular (30%). Os números aqui apresentados podem variar até à altura de implementação do Projeto como consequência do aumento do número de clientes a frequentar a Instituição.

**Instrumentos**

A avaliação inerente ao Projeto em causa implica a aplicação de quatro instrumentos de avaliação aos prestadores de cuidados e um instrumento de avaliação aos clientes, pelo que em seguida serão apresentados.

A **Escala de Impacto Familiar** (EIF) foi traduzida e adaptada (Albuquerque et al, 2011), do original *Impact of Family Scale*, e é um instrumento unidimensional que avalia a percepção que os prestadores têm do impacto do diagnóstico do cliente na família (Stein e Riessman, 1980). A versão reduzida da escala é composta por 15 itens na sua versão final, cotados de acordo com uma escala de tipo Likert, de quatro pontos (“Concordo Completamente”, “Concordo”, “Discordo” e “Discordo Completamente”) e no que refere à pontuação total valores superiores indicam uma maior percepção de sobrecarga associada à condição do cliente. A aplicação do instrumento demora, em média, 10 minutos (Stein e Jessop, 2003).

A escala faculta um resultado Total e um resultado para quatro subescalas: Impacto Financeiro (consequências do diagnóstico do cliente na economia da família), Impacto Familiar e Social (impacto do diagnóstico do cliente na qualidade e quantidade de interações extrafamiliares), Impacto Pessoal (o desequilíbrio pessoal experimentado pelo prestador), e *Coping* (referente às estratégias de coping usadas pelos elementos da família como modo de gerir o stress resultante do diagnóstico e suas repercussões - Stein e Reissman, 1980).

O instrumento original apresenta coeficientes elevados de consistência interna para o resultado Total e para as sub-escalas Impacto Pessoal, Impacto Familiar e Social, e Impacto Financeiro, sendo, no entanto, mais baixo o valor do coeficiente de alpha de Cronbach para a subescala *Coping* (Stein e Reissman, 1980). A versão portuguesa apresenta bons níveis de consistência interna semelhantes à versão original (*alpha de Cronbach* = .91), refletindo valores elevados para o Total e para as subescalas de Impacto Pessoal e Familiar/Social, e coeficientes mais baixos nas áreas de Impacto Financeiro e *Coping*. No que diz respeito à estabilidade temporal do instrumento, e tendo em conta que este será aplicado em dois momentos distintos, importa referir que a versão original apresentou uma associação de .80 ( $p < .001$ ) entre o total da escala em dois momentos, revelando estabilidade temporal (Albuquerque et al., 2011).

Para avaliar o stress parental será utilizada a adaptação validada portuguesa do *Parenting Stress Index* (Abidin, 1995) denominada **Índice de Stress Parental** (ISP). O instrumento tem uma versão completa (Abidin e Santos, 2003) e uma versão reduzida (Santos, 2008b). Esta versão é constituída por 36 itens, cotados em 5 pontos (variando de 1 – “Discordo Completamente” até 5 – “Concordo Completamente”), distribuídos por três subescalas distintas que remetem para a criança (“Criança Difícil”), a/o mãe/pai (“Dificuldade Parental”) e para a interação figura parental-criança (“Interação Disfuncional Mãe/Pai-Criança” - Abidin, 1995; Abidin e Santos, 2003; Santos, 2008b). Este instrumento providencia o nível global de stress experimentado pela figura parental, e resultados para cada uma das três subescalas e resultados mais elevados correspondem a níveis mais altos de stress parental. A sua versão reduzida apresenta uma consistência interna satisfatória, com valores do coeficiente alpha de Cronbach de .71 para a subescala Criança, .82 para a subescala Pai, .77 para a subescala Interação e, finalmente, de .89 para o resultado Total (Santos, 2008b).

Finalmente, o último instrumento foi a **Escala de Avaliação da Comunicação na Parentalidade** (COMP A), que avalia a percepção de cuidadores e filhos sobre a comunicação intrafamiliar e apresenta três versões: para prestadores de cuidados (COMP A -P), para filhos entre os 7 e os 11 anos (COMP A -C) e entre os 12 e os 16 anos (COMP A -A) – sendo esta a utilizar, apesar das idades superiores dos clientes, pelo que se recomenda uma análise prudente dos resultados - Portugal e Alberto, 2015).

A versão para prestadores é composta por subtestes que avaliam: Expressão do Afeto e Apoio Emocional, Disponibilidade Parental para a Comunicação, Meta comunicação, Confiança/Partilha Comunicacional de Progenitores para Filhos e



Confiança/Partilha Comunicacional de Filhos para Progenitores. Já a versão para filhos avalia: Disponibilidade Parental para a Comunicação, Confiança/Partilha Comunicacional de Filhos para Progenitores, Expressão do Afeto e Apoio Emocional, Meta comunicação e Padrão Comunicacional Negativo (Portugal e Alberto, 2013).

Ainda de acordo com as autoras as três versões são cotadas numa escala de *Likert* (1=nunca; 2=raramente; 3=às vezes; 4=muitas vezes; 5=sempre) sendo feito o somatório dos itens por subescala. Os totais obtidos em cada subescala são divididos pelo número de itens. Atendendo às especificidades de algumas subescalas (e.g. itens formulados pela negativa), pontuações maiores representam uma melhor perceção sobre a comunicação estabelecida entre prestadores de cuidados e clientes (Portugal e Alberto, 2013; 2015). Os níveis de consistência interna mostram-se adequados (alpha de Cronbach a variar entre .615 e .873 nas diferentes subescalas) para fins clínicos e de investigação (Portugal e Alberto, 2013; 2015).

Será ainda aplicada a Escala Pessoal de Resultados (EPR) já descrito anteriormente.

### *Procedimentos*

#### **Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados**

O procedimento será iniciado com o contacto com a Presidente da Direção da AACNNEE, e com a Coordenadora do CAO, solicitando-lhes a autorização, informando-as quanto à natureza do projeto de intervenção, dos procedimentos de recolha dos dados e dos aspetos éticos associados ao projeto. Posteriormente, os prestadore(s) de cuidado(s) serão contactados, pela Estagiária, para marcar o dia e hora de uma sessão de esclarecimento sobre o projeto, onde serão expostos os objetivos do mesmo. Nesta mesma sessão serão apresentados casos práticos que evidenciam a validade desse tipo de intervenção na redução dos níveis de stress, melhoria nas estratégias de *coping* e, consequentemente, na comunicação e relação, de forma a mostrar a mais-valia da sua participação. Nesta sessão, os prestadores serão também convidados a realizar um pequeno conjunto de atividades exemplo do que vai ser trabalhado ao longo das sessões (15 minutos). Aos prestadores que manifestem interesse na integração do Projeto será perguntada a disponibilidade para uma primeira sessão de avaliação, depois de obtidos os consentimentos informados.

Os instrumentos, em forma de entrevista, serão administrados, em dois momentos, individualmente a cada participante pela entrevistadora. O horário das sessões bissemanais, será planeado de acordo com a disponibilidade da Estagiária, dos prestadores e do espaço em si, e iniciado oficialmente o Projeto Corpo em Movimento: um meio de comunicação. Os dados recolhidos nos dois momentos de avaliação serão tratados através do programa estatístico IBM SPSS 20.0.

#### **Programa de Dançoterapia**

O Projeto terá uma duração de seis meses, num total de 48 sessões, a alterar consoante o desenrolar do mesmo. Com data de início planeada para Setembro de 2016, as sessões do *Projeto Corpo em Movimento* foram pensadas numa frequência bissemanal, em que cada sessão com uma duração de 60 minutos. Numa primeira fase optar-se-á por sessões apenas com os prestadores de cuidados, e consoante o desenrolar da intervenção, numa segunda fase, passar-se-á para um contexto familiar também com a presença dos clientes.

Num primeiro conjunto de sessões, serão realizados exercícios de exploração corporal e do envolvimento, visando quebrar barreiras e colocar os participantes mais à



vontade. Após esta fase inicial, e em ambas as fases de desenvolvimento do Projeto, as sessões vão estar divididas em quatro etapas distintas, correlacionadas e complementares: diálogo inicial; fase de exploração corporal com tarefas estruturadas para a estimulação de estados emocionais através do corpo; fase de integração e criação de movimento relacionado com temas específicos seguida de um momento de contacto-improvisação; e fase final de retorno à calma, alongamento e diálogo final. A tabela 26 sintetiza os Objetivos Gerais a desenvolver na 1ª Fase do Projeto:

TABELA 26 - OBJETIVOS GERAIS 1ª FASE PROJETO INTERVENÇÃO

OBJETIVOS GERAIS 1ª FASE DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolver a consciencialização do corpo, alinhamento postural, respiração, limites articulares e diferentes graus de tonicidade;</li> <li>▪ Potenciar melhorias na coordenação dos diferentes segmentos corporais;</li> <li>▪ Desenvolver a noção de lateralidade;</li> <li>▪ Desenvolver a noção de estruturação espaciotemporal;</li> <li>▪ Desenvolver a noção de ritmo;</li> <li>▪ Conhecer o corpo, enquanto agente expressivo e comunicativo;</li> <li>▪ Desenvolver a capacidade comunicativa verbal e não-verbal;</li> <li>▪ Desenvolver a capacidade de expressão das emoções de uma forma não-verbal;</li> <li>▪ Desenvolver a capacidade criativa;</li> <li>▪ Consciencializar e ampliar situações expressivas do corpo;</li> <li>▪ Desenvolver a capacidade de resolução de problemas através da adaptação a novas situações;</li> <li>▪ Potenciar a diminuição dos níveis de stress associados ao <i>coping</i> e resiliência;</li> <li>▪ Desenvolver a melhoria na autoestima e autoconfiança;</li> </ul>

As atividades de exploração do corpo em movimento passarão por: exercícios corporais e de exploração sensorial para melhorar o autoconceito e diminuir a somatização; exploração da comunicação não-verbal através de jogos de expressão dramática; melhoria das capacidades motoras e de autoestima através de jogos corporais. Esta 1ª Fase visa o encontro, ou reencontro, e domínio do gesto adequado – atitude, tonicidade e respiração adequadas – através do libertar de gestos inerentes ao quotidiano, bem como mediante a vivência e exploração dos princípios básicos do movimento (flexão/extensão, adução/abdução e rotação). A desinibição, através do encontro gradual da espontaneidade e das capacidades expressivas, vai permitir um desenvolvimento da criatividade. As explorações de sequências de movimento vão também promover o desenvolvimento da memorização, lateralidade, estruturação espaciotemporal, noção corporal e de ritmo (Anexo I). Segue-se um exemplo prático da relação entre conteúdos, objetivos e tipo de atividades a realizar (tabela 27).

Tabela 27 - Exemplos Atividades Programa 1ª Fase Projeto de Intervenção

CONTEÚDO	EXEMPLOS DE OBJETIVOS	EXEMPLOS DE ATIVIDADES
<b>Domínio do gesto adequado (melhorias tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal e coordenação)</b>	Desenvolver a noção corporal;	<u>Eu controlo o meu corpo</u> – Os participantes encontram-se dispostos livremente pelo espaço. Vão seguindo as indicações da Psicomotricista acerca de que parte do corpo liderar o movimento, i.e., como se tivessem um fio imaginário ligado apenas a determinada parte do corpo, e esse mesmo fio condutor liderava o movimento (e.g. pé direito, cabeça, mão

**Tabela 27 (cont.) - Exemplos Atividades Programa 1ª Fase Projeto de Intervenção**

		esquerda, joelho esquerdo, cotovelo direito).
	Desenvolver a estruturação espaciotemporal;	<u>Mover-me no espaço</u> – Os participantes encontram-se dispersos pelo espaço e é-lhes pedido que sigam as instruções da Psicomotricista em relação à forma do movimento (e.g. andar de lado, andar para trás, andar na ponta dos pés, andar com os pés para fora/dentro) e também à dinâmica do mesmo (e.g. rápido, rápido, lento; lento, rápido, rápido; passo, passo, volta; passo, passo, equilíbrio, entre outros).
<b>Domínio da expressão e comunicação não-verbal</b>	Desenvolver a capacidade comunicativa não-verbal;	<u>O Jogo das Personagens</u> – A cada participante é dado um cartão com um nome indicativo de uma personagem que tem de interpretar, sem verbalizar ou fazer qualquer tipo de sons, até que os restantes participantes adivinhem que personagem é (e.g. animais, heróis banda desenhada, personagens Disney, figuras públicas, entre outros).
	Desenvolver a capacidade de expressão das emoções de uma forma não-verbal;	<u>Aquilo que estou a sentir</u> – Cada participante tem que escolher uma emoção primária (e.g. medo, raiva, tristeza, alegria) e expressá-la de forma não-verbal até que os restantes participantes consigam adivinhar.

No decorrer das sessões esperam-se evoluções ao nível da consciencialização do próprio corpo e das suas capacidades comunicativas e expressivas, bem como melhorias no que diz respeito ao autoconceito, autoimagem e, conseqüentemente, autoconfiança. As competências interpessoais revelam-se aquando a relação com os pares, i.e., é na interação com o outro que a percepção da realidade vai ser incorporada (Rooyackers, 2002). O autoconhecimento, a autoestima e a autoconfiança são fatores que vão influenciar diretamente as relações interpessoais, e conseqüentemente, a forma como o “eu” interage com o outro (Dropsy, 1973). Numa segunda fase do Projeto, e depois de adquiridos os objetivos acima mencionados, as sessões passarão a centrar-se numa melhoria da relação entre o “Eu” e o outro (tabela 28).

**Tabela 28 - Objetivos Gerais 2ª Fase Projeto Intervenção**

<b>OBJETIVOS GERAIS 2ª FASE DA INTERVENÇÃO</b>
▪ Desenvolver o à vontade no contacto com o corpo do outro;
▪ Potenciar a confiança no outro;
▪ Estimular a capacidade comunicativa verbal e não-verbal com o outro;
▪ Desenvolver a capacidade de resolução de problemas em conjunto;

Nesta fase, os conteúdos e atividades (tabela 29) vão englobar uma vivência de atividades expressivas a partir do corpo, incluindo a voz e das suas possibilidades de comunicação não-verbal através de Técnicas de Dinâmica de Grupo, Técnicas de Expressão e Comunicação e Jogos Dramáticos, com o objetivo de criar elos de comunicação coesos entre os participantes.

**Tabela 29 - Exemplos Atividades Programa 2ª Fase Projeto de Intervenção**

CONTEÚDO	EXEMPLOS DE OBJETIVOS	EXEMPLOS DE ATIVIDADES
<b>Domínio do Contacto-Improvisação</b>	Desenvolver o à vontade com o corpo do outro;	<u>Dois corpos num só</u> – Na presente atividade os prestadores de cuidados e respetivos clientes encontram-se presos por um fio ao nível dos M.S.. Seguindo as instruções da Psicomotricista têm que se movimentar no espaço gerindo as forças e dinâmicas dos dois/três corpos em movimento.
	Potenciar a confiança no outro;	<u>Guiar e deixar-se guiar</u> – Um participante de cada par/trio encontra-se de olhos vendados e deve deixar-se guiar pelo espaço pelo(s) outro(s) participante(s). De seguida devem inverter-se os papéis.
<b>Domínio da resolução de problemas em conjunto</b>	Desenvolver os mecanismos de <i>coping</i> ;	<u>Vamos ultrapassar obstáculos em conjunto</u> – Nesta atividade os participantes encontram-se ligados por uma corda ao nível dos M.S.. Em conjunto devem arranjar uma forma de ultrapassar os obstáculos, colocados pela Psicomotricista, no seu caminho, sem nunca desfazer a união.

A 2ª Fase do Projeto de Intervenção antevê resultados essencialmente ao nível da melhoria na qualidade da relação entre prestadores de cuidados e clientes. Espera-se que, através do corpo e das suas potencialidades, os participantes aprendam a gerir as dificuldades, ultrapassando-as em conjunto, e sem quebrar a dinâmica familiar equilibrada e coesa. As principais estratégias antecipadas para este tipo de intervenção, passam por instruções simples e claras, feedback e reforço positivo constante, uma diminuição progressiva da comunicação verbal e também demonstrações claras da execução das atividades.

### **Considerações Finais**

O Projeto de Intervenção integrará uma perspetiva expressiva do movimento, utilizado como um processo para promover a integração emocional, cognitiva e física da pessoa. Este projeto privilegia a comunicação não-verbal, a arte do movimento e a criatividade, que vão operar como veículos mediadores da expressão da unidade corpo-mente. A empatia é o ponto de partida, quanto mais flexíveis forem os padrões de movimento, maior é a capacidade da resposta relacional.

São inúmeros os estudos na área da Dançoterapia na promoção da saúde, e os benefícios associados a esta prática vão desde melhorias na capacidade de comunicação e expressão (Lewis-Bernstein, 1986; Levy, 1992), diminuição da tensão, promoção do bem-estar e libertação de sentimentos (Mills e Daniluk's, 2002), melhorias ao nível da interação, compreensão de si próprio e do outro e desenvolvimento das competências sociais (Palo-Bengtsson, Winblad e Ekman, 1998).

Mais recentemente surgem também outros estudos que, apesar de não terem como população-alvo uma amostra com características semelhantes à presente, têm resultados com implicações importantes. Wilbur et al., (2015), num estudo que envolveu a dançoterapia e a gestão do stress em veteranos de guerra, e Brauningner (2012), num estudo que recorreu às terapias orientadas para o corpo diretamente no tratamento do stress, mostraram resultados evidentes, apesar de a curto-prazo, das repercussões positivas deste tipo de intervenção na gestão dos níveis de stress.

Finalmente, é importante mencionar uma meta-análise de Koch, Kunz, Lykou e Cruz (2013) que aborda o percurso da intervenção pela dança em diagnósticos do foro

psicológico, evidenciando melhorias significativas ao nível da QV, autoimagem, bem-estar e competências sociais, e diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade. Todas as investigações analisadas levam a uma perceção positiva dos resultados na medida em que se espera que, após diversos meses de dançoterapia, com recurso às linhas orientadoras do contacto-improvisação, os problemas de comunicação verbal sejam absorvidos pela facilidade na comunicação pelo corpo, aumentando a capacidade empática de cada pessoa, em relação à outra. Pensa-se que esta prática irá colmatar num clima mais assertivo e menos agressivo na dinâmica familiar, diminuindo assim os níveis de stress (Koch et al, 2015; Santos, 2008).

A recetividade por parte dos prestadores de cuidados surge como a principal dificuldade antevista pela Estagiária. Outro parâmetro que pode dificultar a aplicação do Projeto em causa poderá ser a disponibilidade e o conciliar dos horários dos diferentes prestadores com os horários da Estagiária, e disponibilidade do espaço em causa.

### **Análise da Intervenção da Estagiária**

---

Nesta secção será feita uma análise do trabalho desenvolvido nos diferentes contextos, para no último Capítulo ser feita uma reflexão final pessoal, de todo o processo. Relativizando o facto de não ter havido uma complexificação crescente das tarefas desempenhadas, começando desde muito cedo com uma intervenção direta e autónoma, não podem deixar de ser referidas algumas das dificuldades sentidas ao longo do estágio. A falta de observação inicial foi um dos principais desafios, aliada à inexistência, até então, de intervenção psicomotora na Instituição, ou mesmo em outras Instituições da Ilha. Pode dizer-se que o Estágio foi pioneiro da Intervenção Psicomotora em São Jorge.

Começando pelo contexto de maior à vontade e preparação prática da estagiária – **Terapia Psicomotora em Meio Aquático**, as evoluções dos clientes em termos de habilidades e melhorias funcionais foram evidentes, desde a amplitude de movimento, ganho de força muscular, diminuição da espasticidade e do tônus muscular e responsividade e reação ao estímulo, até à aquisição e evolução notória nas técnicas de natação. A Estagiária faz um balanço muito positivo da intervenção neste contexto, realçando-se a evolução na adaptação ao meio e reação positiva crescente em relação às sessões ter sido muito gratificante. Recomenda-se a continuação deste trabalho, e também a extensão deste tipo de intervenção a todos os clientes do CAO.

No âmbito da **Intervenção Psicomotora em ginásio** importa diferenciar as sessões individuais e de grupo: a nível individual há que mencionar as evoluções de alguns clientes (e.g.: aquisição da posição bípede com apoio físico parcial da C.F., da marcha com apoio físico parcial da H., a autonomia na mobilidade com bengala/andarrilho do R., o aumento da força muscular e mobilidade articular do B. e a diminuição do tônus muscular da C., as melhorias ao nível da equilíbrio e consequente autonomia da marcha do M.). Todas estas aquisições não são resultado apenas das sessões individuais de IPM, mas da intervenção em todos os contextos dos clientes e, em alguns casos, de um trabalho continuado em casa pela família. Em alguns casos não se verificaram as evoluções esperadas, ressaltando a importância da continuação deste trabalho, justificando também a necessidade de, em situações particulares, aumentar a frequência das sessões individuais para trissemanal e intentar novamente uma intervenção em coresponsabilização com a família.

A **Estimulação Multissensorial e Snoezelen** foi talvez o domínio onde a Estagiária sentiu uma maior lacuna em termos de formação. A AACNNE tem uma sala de *Snoezelen* totalmente equipada, o que potenciou em grande parte a intervenção neste contexto. Não perdendo o PII de vista, foi importante não restringir a intervenção aos horários das Sessões. A realidade é que houve uma evolução clara no funcionamento desta Oficina, sendo que antes deste estágio as sessões passavam apenas por colocar

os clientes nas diversas estações da sala de estimulação e deixá-los “estar a relaxar” e, desde Setembro, todas as atividades tinham um objetivo intencional e direcionado numa complexificação crescente, gradual e individual. Um próximo passo será uma formação para toda a Equipa sobre materiais, utilidades, estratégias e atividades na Sala de *Snoezelen*. Uma proposta da Estagiária no sentido de melhorar a qualidade da estimulação multissensorial no CAO seria a utilização do Jardim de Inverno (Figura 3 – Canto Sup. Esq.) para a criação de um “Jardim dos Sentidos”, um espaço inclusivo e acessível a todos, com diferentes variedades de plantas, cujas características estimulariam os sentidos de diferentes formas, desde ervas aromáticas a plantas comestíveis, passando por espécies com distintas cores e texturas. Este jardim teria também um caminho de pé descalço (e.g.: areia, terra) para desafiar quem estivesse disposto a caminhar nele para experienciar diferentes texturas sob os seus pés. Para adicionar uma componente auditiva a este conjunto de sensações, o jardim sensorial teria uma fonte de água e um conjunto de canas de bambu sob a forma de instrumento musical. Além de toda a estimulação multissensorial, o Jardim Sensorial do CAO de Velas estaria aberto a outras Instituições e à comunidade em geral, funcionando também como elo de ligação com o exterior. Esta ideia é apenas um Projeto proposto à Direção da Associação, e ainda à espera de aprovação.

Finalmente, abordando um contexto sentido como dos mais gratificantes, importa refletir acerca das **Sessões de Expressão e Movimento**. Talvez por ser um domínio que abarcou sempre a inclusão e partilha com outras Instituições representou, sem dúvida, uma mais-valia na vida de todos. Desde, em termos individuais, o desenvolvimento da capacidade criativa, expressão corporal, capacidade comunicativa não-verbal e verbal, noção corporal e estruturação espaciotemporal, e em termos de grupo a partilha, entreajuda, comunicação e inclusão, eram as duas horas semanais mais ansiadas por todos, clientes e funcionários. Os dois Projetos que constituíram esta Oficina, de Setembro a Maio, foram: “Movimento e Luz”, com um programa que compreendeu sessões de Expressão Corporal e Dança Contemporânea com os clientes e funcionários de duas Instituições ao longo de três meses e colmatou numa apresentação ao público de uma peça de dança; “A Nova História dos Sapatos Vermelhos”, uma parceria que incluiu sessões de Expressão Dramática e Teatro ao longo de quatro meses e foi finalizado com a apresentação de uma peça de teatro. Em ambos os projetos a inclusão e partilha de vivências foi sem dúvida o ponto-chave a frisar.

Além da atuação nos quatro contextos acima referidos a Estagiária ficou também responsável pela **Oficina de Massagem e Relaxamento** onde, aplicando inúmeras das técnicas aprendidas em Métodos de Relaxação Psicossomática, pretendeu não uma aplicação direta a nível profilático, mas potenciar aos clientes momentos de bem-estar e descontração. A atuação ao nível dos sete fatores psicomotores denotou, de forma geral, melhorias adaptativas de cada um dos clientes, com diferentes níveis e ritmos de evolução, o que evidenciou a importância da IPM nesta realidade.

Além das evoluções dos clientes em termos de autonomia e funcionalidade outra mais-valia deste estágio foi o aumento do número de clientes na Instituição: em Setembro de 2015, o CAO tinha 14 clientes com baixa taxa de retenção de clientes considerados autónomos e em Abril de 2016, o CAO de Velas tem inscritos 17 clientes com graus completamente variados de autonomia. Os protocolos com Instituições como a EBS de Velas para aulas de Música e Inglês e com a Câmara Municipal de Velas para integração no mercado de trabalho são uma das grandes evoluções para ir de encontro às necessidades das diferentes pessoas apoiadas.

Do ponto de vista profissional este Estágio representou, não só uma entrada no mercado de trabalho, mas também uma forma de consolidar tudo o que foi aprendido nos 4 anos de formação e perceber, finalmente, o que é a intervenção psicomotora e qual o

seu papel na vida dos clientes. Talvez pelo facto de a Psicomotricidade ser uma área de intervenção em crescimento, com um reconhecimento ainda abaixo do expectável para qualquer profissional na área da saúde, o potencial deste tipo de intervenção não foi visto, à partida, como dotado do seu real valor, perspectiva esta que foi sendo alterada com o decorrer do tempo.

Como primeira Psicomotricista na ilha de São Jorge esta parece a oportunidade ideal para a criação de mais um Pólo da Associação Portuguesa de Psicomotricidade nos Açores. Atualmente, esta área de intervenção já chegou às Ilhas de São Miguel, Faial, Pico, Graciosa e São Jorge e, num futuro próximo, com o trabalho e partilha de todos os profissionais envolvidos, espera-se que chegue a todas as outras e se desenvolva como área de intervenção, crescendo como ferramenta de promoção da QV dos clientes. Apesar da Região Autónoma dos Açores fazer parte do território Português, são ainda muitas as limitações no que diz respeito ao acesso às deslocações e, consequentemente, partilha de experiências de forma direta e presencial. Sendo assim, a união e partilha dentro do arquipélago parece um passo importante para uma posterior ampliação. Rumo a este objetivo um passo já dado, durante o ano de Estágio foi a organização de um intercâmbio entre o CAO de Velas e o CAO da Ilha Graciosa, orientado pelo Psicomotricista Pedro Andrade, a decorrer já este mês de Agosto.

Assim, e em suma, todas as iniciativas pensadas pela Estagiária, em conjunto com o trabalho prático que desenvolveu com cada um dos clientes do CAO de Velas, visam potenciar uma melhoria substancial no funcionamento da Instituição, e especialmente, na vida dos seus clientes.



## Reflexão Final e Conclusão

---

Depois de sete anos a contar os dias para poder voltar à “minha ilha”, e depois de sete anos a achar que podia mudar o mundo quando voltasse, finalmente percebi que o único mundo que iria conseguir mudar era o dos clientes e famílias com quem trabalhei, e esse sim, é um mundo importante, mas desafiante, de mudar.

Depois de um primeiro contacto com a AACCNNEE do Concelho de Velas percebi que havia, até então, testemunhado apenas realidades quase utópicas, comparativamente àquela vivida numa pequena instituição, de um pequeno Concelho, numa pequena Ilha no meio de um Arquipélago muitas das vezes lembrado apenas pelo seu valor turístico. Sorte a minha, ter “apanhado o barco” da AACCNNEE num momento de abertura a reformulações e mudanças, e sorte a minha ter tido a oportunidade de fazer parte, e impulsionar, grande parte dessas mudanças. Mas vamos por partes.

Sem nunca ter contactado diretamente com populações no campo das DID, o medo, a hesitação e o nervosismo eram alguns dos sentimentos que ocupavam a minha cabeça no primeiro dia. Depois de ter feito voluntariado com população sénior, um estágio de Licenciatura em Intervenção Precoce, pareceu-me estimulante experimentar a intervenção junto de um tipo de população dispar, impossível de prever, e completamente novo. Com plena noção que, além de todas as dificuldades físicas de estar longe do acesso direto à orientação académica, das fontes de informação e das oportunidades de formação, iria ter que enfrentar uma mentalidade, talvez retrógrada, ou convencional, diferente daquela a que fui ensinada a pensar durante os quatro anos de formação em Reabilitação Psicomotora, e esse sim, foi um dos principais desafios de todo o Estágio.

Enfim, no primeiro dia na instituição, ainda fora do calendário académico, em regime de voluntariado, e supostamente, apenas para observar, conhecer os clientes e as suas histórias de vida, e integrar-me do método de funcionamento da instituição, na realidade, comecei a intervir diretamente com os clientes desde esse primeiro dia. Expetativas, mil. Receios, milhões.

Tendo funcionado durante muitos anos como uma Escola de Educação Especial, coordenada por Professoras de Educação Especial, o método e o trabalho de mesa permanecia muito semelhante. Com as mesmas funcionárias há cerca de vinte anos, e apenas com alterações ao nível das diferentes Direções que entravam e saíam, sem uma coordenação e, especialmente, sem formação constante, o CAO foi perdendo “a vida”, os clientes de maior autonomia desistiam frequentemente após alguns meses e mantinham-se constante apenas os clientes com menor grau de autonomia. Deixaram de existir avaliações, Planos de Intervenção Individuais, acompanhamento familiar e o CAO de Velas “habitou-se” a uma rotina pouco estimulante, de trabalhos de mesa, higiene e alimentação, dentro das quatro paredes da associação. Nos últimos anos foram vários os Técnicos que passaram pela instituição, em regime de Estágios ou ao abrigo de Programas de Apoio ao Emprego do Governo dos Açores, no entanto, poucos ou nenhuns tentaram ficar após o término das suas obrigações. Talvez por falta de força de vontade para tentar mudar algo que parecia imutável. Há vinte anos que as mesmas funcionárias realizavam o mesmo tipo de atividades com os mesmos clientes, com os mesmos materiais, nas mesmas instalações, e isso parecia ter-se tornado uma realidade inalterável na AACCNNEE. As frases “será que isso vai valer a pena” ou “ele(a) nunca vai conseguir” foram das mais ouvidas no início do meu percurso. Havia, e ainda há, muita coisa a fazer e um percurso longo a percorrer.

Após ter completado o mês de Julho, em regime de voluntariado a meio-tempo, comecei, oficialmente, o Estágio no dia 1 de Setembro de 2015, e comigo, começou também a nova Coordenadora, anteriormente apenas Técnica Superior de Atividade

Física, também a tempo parcial, com inúmeras reformulações desde o funcionamento interno do CAO, ao tipo de trabalho desenvolvido com os clientes, tendo como principal objetivo dar uma volta de 180° na forma como a AACCNNEE funcionava até então. A juntar a estas novas ajudas em termos de Recursos Humanos, a AACCNNEE alterou a sua morada para as novas instalações, cedidas pela Santa Casa da Misericórdia de Velas, completamente remodeladas e adaptadas a pensar na tipologia dos clientes da AACCNNEE, e também, com um espaço físico para abrir uma nova valência da Instituição – Lar Residencial. Estas novas “lufadas de ar fresco” pareceram ser os impulsos ideais para se iniciar então um ponto de viragem na vida dos clientes da Instituição.

À minha responsabilidade ficou então, além do apoio à Coordenação em todos os aspetos burocráticos que as mudanças acarretaram, toda a Avaliação, Planeamento e elaboração dos Planos Individuais de Intervenção e Planeamento e Dinamização, não só das sessões de Intervenção Psicomotora nos mais variados contextos (ginásio, meio aquático, *snoezelen*), como também de algumas das Oficinas que agora faziam parte da organização semanal dos clientes (e.g.: Expressão e Movimento, Relaxamento e Massagem). Assim, e fugindo um pouco aos objetivos estabelecidos pelo Regulamento do RACP para os primeiros meses de Estágio e à complexificação gradual de observação para intervenção, passando por uma fase de observação participada, a intervenção direta começou desde o primeiro dia. Desde a escolha dos instrumentos de avaliação, à elaboração e obtenção dos consentimentos informados, ao planeamento de toda a intervenção, não houve, de forma alguma, mãos a medir. Aqui, não pode deixar de ser mencionado que, pelo facto de a Coordenadora ter percebido que podia confiar-me as decisões no que toca à Avaliação, Planeamento e Intervenção, senti uma responsabilidade acrescida para a qual, no início, achei não estar preparada, mas que, eventualmente, fui aprendendo, com a prática, a lidar.

Um dos meus receios iniciais era “arranjar uma maneira de chegar” às funcionárias mais antigas da instituição sem trespassar nenhum sentimento de soberania da minha parte, e sem despoletar nelas também sentimentos de “improficiência”. A verdade é que, eu tinha imenso a aprender com todos os funcionários, mas eles também tinham imensas coisas a aprender comigo, e este equilíbrio de saberes parecia-me uma realidade difícil. No final, foi, e ainda é, mais fácil do que o esperado. A verdade é que, para todos os funcionários, completamente habituados às mesmas rotinas há mais de vinte anos, foram meses difíceis de readaptações, mas encarados por todos, à partida, de uma forma positiva e enriquecedora.

Outro desafio a ultrapassar: a participação da AACCNNEE na comunidade. Depois de muitos anos longe dos olhares das pessoas, com mentalidades tradicionais, pensou-se que seria complicado fazer melhorias ao nível da participação dos clientes e da instituição na comunidade, outro receio, pelo menos no nosso caso, facilmente desmistificado. Evoluindo rapidamente de uma postura passiva de observação atenta para uma postura ativa de entreaajuda e questionamento as pessoas da ilha de São Jorge começaram a querer fazer parte da vida dos clientes da associação. Desde a organização de dias abertos, às saídas ao exterior semanais que fazem parte do Calendário de Oficinas, aos protocolos com outras instituições do Concelho, e não só, à participação em todo o tipo de eventos, os clientes do CAO de Velas passaram a ser conhecidos e queridos pela comunidade e já surgem imensos currículos, propostas de voluntariado e convites sucessivos para participação em eventos.

Principal barreira, na minha opinião, ao desenvolvimento adequado e completo do processo de intervenção, a falta de interesse em participar por parte dos prestadores de cuidados que, afinal, pode não ser apenas da sua responsabilidade. A Instituição, desde sempre, “assumiu” o retirar das responsabilidades aos prestadores de cuidados, habituando-os a resolver e fazer tudo por eles. Outro lapso foi o não incentivar a família a

ter uma participação ativa na intervenção dos clientes. Este foi talvez o domínio onde menos evoluções foram sentidas nos últimos meses, talvez por ser um domínio sensível.

Na população em causa podemos distinguir diferentes tipos de atitudes parentais dentro de um espectro alargado que vai desde atitudes de superproteção extremas e atitudes de desinteresse e negligência. As tentativas da nova coordenação da instituição para colmatar as falhas existentes na ligação entre Associação-Família e na responsabilização, passaram essencialmente por convites para participação em todos os eventos da mesma, bem como implementação de reuniões mensais, às quais poucos prestadores compareciam. Este é sem dúvida um dos pontos a investir no futuro da AACNNEE, e uma possível sugestão para esta melhoria de comunicação entre Instituição-Prestadores de Cuidados seria o Projeto de Intervenção Corpo em Movimento – Um meio de comunicação. Outra sugestão para enriquecer esta ligação entre pais-clientes-instituição seria a criação de uma “Marcha Popular de São João”, um momento coreográfico e musical onde participariam pais, clientes e funcionários, numa alusão à cultura popular.

Este ano representou apenas o início de um longo percurso onde alguns dos objetivos já podem ser dados como atingidos, mas muitos novos foram surgindo. A conclusão de que não existe uma “receita” e de que cada cliente responde a determinado estímulo ou situação de forma variada e instável, e de que esta variabilidade e subjetividade interindividual vai exprimir-se através de ritmos diferenciados de desenvolvimento que vão reger todo o processo interventivo, foi, sem dúvida, a grande ilação de todo o Estágio. Foram inúmeras as referências, ao longo dos 4 anos de formação, acerca do desenvolvimento de cada indivíduo em todos os domínios, e ao facto de este compreender um conjunto de transformações que dependem, não só da maturação com base genética, mas também da qualidade da estimulação envolvente, cujo impacto é tão, ou mais importante. No entanto, o facto de a plasticidade do desenvolvimento humano fazer com que resultados que se pensava serem irreversíveis possam ser recuperados, condutas readaptadas e competências readquiridas, com o objetivo máximo de uma funcionalidade ajustada ao envolvimento, só começou a fazer realmente sentido neste último ano, com uma intervenção direta e sistemática, e com a oportunidade de vivenciar as suas evoluções, evoluindo também com eles.

Durante este ano aprendi também que liberdade e autonomia não são sinónimos, e que é possível dar liberdade a uma pessoa que não tem a capacidade de ser completamente autónoma. A dependência física não quer dizer, obrigatoriamente, que a pessoa nunca se poderá sentir livre, e depende de quem, e de como, são prestados os apoios, limitar, ou não, essa mesma liberdade. Aprendi, certamente, que as limitações de cada pessoa não podem, nem devem marcar os seus limites.

Como conclusão, importa referir que toda a intervenção psicomotora exige, não só um conhecimento detalhado em termos de desenvolvimento motor, cognitivo e social, como também uma boa dose de criatividade e capacidade de adaptação e resiliência por parte do Psicomotricista. A originalidade destes clientes enriquece o currículo, e a vida, de qualquer profissional e, na minha opinião, o mais importante de tudo, é aprender a ter a capacidade de lhes dar “direitos iguais para ser diferentes”.

## Referências Bibliográficas

---

- Abellán, R. e Vicente, R. (2002). Deficiencia mental asociada a síndrome de Down, desarrollo psicomotor, educación física y deportes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5: 77-106.
- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index - Manual* (3ª ed.). Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. e Santos, S. (2003). *Índice de Stress Parental (PSI) - Manual* (1ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.
- ADTA. (s.d.). *American Dance Therapy Association*. Disponível em <<https://adta.org/faqs/>>. Acedido a 2 de Janeiro de 2016.
- Alarcão, M. (2007). *Avaliação de Intervenções de Educação Parental*. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação. Disponível em <[http://www.cnpqjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=3493&m=PDF](http://www.cnpqjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF)>. Acedido a 5 de Janeiro de 2016.
- Albuquerque, S., Fonseca, A., Pereira, M., Nazaré, B. e Canavarro, M.C. (2011). Estudos psicométricos da Versão Portuguesa da Escala de Impacto Familiar (EIF). *Laboratório de Psicologia*, 9(2):173-187.
- Almeida I. (2011). A intervenção centrada na família e na comunidade: o hiato entre as evidências e as práticas. *Análise Psicológica*. 1(XXIX). 5-25.
- Almeida, I. (2005). O Modelo de Intervenção Centrado na família: Da Teoria à Prática. *Revista Diversidades*. 7(27): 12-16.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Ed. Washington. DC: American Psychiatric Association.
- APP. (2012). *Psicomotricidade*. Associação Portuguesa de Psicomotricidade. Disponível em <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>. Acedido a 2 de Dezembro de 2015.
- Arida, R., Almeida, A., Cavalheiro, E., e Scorza, F. (2013). Experimental and clinical findings from physical exercise as complementary therapy for epilepsy. *Epilepsy and Behaviour Journal*. 26:273-278.
- Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais (AACNEE). (2015). *Regulamento Interno do Centro de Atividades Ocupacionais da AACNEE de Velas*. Velas.
- Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais (AACNEE). (2015a). *Plano Anual de Atividades*. Velas.
- Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais (AACNEE). (2015b). *Estatutos*. Velas.
- Barnhill, J. e McNelis, D. (2012). Overview of Intellectual/Developmental Disabilities. *Focus – the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. X (3): 300-306.
- Barroso, S., Bandeira, M. e Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psicologia Clínica*, 34(6):270-277.
- Batalha, A. e Xarez, L. (1999). *Sistemática da Dança – Projeto Taxonómico*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana Edições.
- Bergson, H. (1999). *Matéria e memória*. Trad. Paulo Neves da Silva. São Paulo.
- Bianchi, E. (2000). Enfermeiro hospitalar e o stress. *Revista Escola de Enfermagem. USP*, 34, (4), 390-394.

- Biasoli, M. e Machado, C. (2006). Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Revista Brasileira Médica*, 63 (5), 225-237.
- Borella, D., Almeida, L., Harnisch, G. e Storch, J. (2011). Atividades Motoras Adaptadas na União Europeia. *ADAPTA*, 7 (1): 214-222.
- Boscaini, F. (2003). O Desenvolvimento Psico-corporal e o Papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 2: 20-26.
- Boscaini, F. (2004). The specificity of psychomotor semiology for an adequate diagnostic. *A Psicomotricidade*, 3, 50-60.
- Brauninger, I. (2012). Dance movement therapy group intervention in stress treatment: a randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*, 39:443-450.
- Braunwald, E., Fauci, A., Isselbacher, K., Kasper, D., Martin, J. e Wilson, J. (1994), *Harrison Medicina Interna*. McGraw- Hill. 2335-2345.
- Brito, P. e Veitzman, S. (2000). Causas de cegueira e baixa visão em crianças. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, 33 (1):49-54.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bruininks, R. e Bruininks, B. (2005). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition (BOT-2)*. Bloomington: Pearson Assessments.
- Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development*. USA: Cambridge University Press.
- Candeloro, J. e Caromano, F. (2007). Efeito de um Programa de hidroterapia na flexibilidade e força muscular de idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4):303-309.
- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A Psicomotricidade*, 6, 73-78.
- Carvalho, L. e Vasconcelos, D. (2001). Motor behaviour in Down Syndrome: atypical sensoriomotor control. In *Prenatal diagnosis and screening for Down Syndrome*. Rijeka. Intech: Subrata Dey, ISBN 978-953-307-355-2.
- Claes, C., Hove, G., Loon, J., Vandevelde, S. e Schalock, R.L. (2009). Eight principles for assessing quality of life-related personal outcomes. *Social Indicators Research*, 98 (1), 61-72.
- Chapman, R. e Hesketh, L. (2001). Language, cognition, and short-term memory in individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*. 7 (1): 1-7.
- Coelho, S., Rodrigues, V., Santos, S. e Eiró, A. (2003). Psicomotricidade no Centro Educacional Bonny Stilwell da APPACDM. *A Psicomotricidade*. 1(2): 97-103.
- Cooper, S., Smiley E., Morrison J., Williamson A. e Allan L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*. 190: 27-35.
- Coppede, A.; Campo, A.; Santos, D. e Rocha, F. (2012). Desempenho motor fino e funcionalidade em crianças com Síndrome de Down. *Fisioterapia e Pesquisa*, 19 (4), 363-368.
- Cornwell, J. e Corteland, C. (1997). *The family as a system and a context for early intervention*. Baltimore: Paul H. Brooks.
- Correia, L. e Serrano, A. (1996). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce*. Porto Editora.
- Cortina, L., Fitzgerald, L. e Drasgow, F. (2002). Contextualizing Latina Experiences of Sexual Harassment: Preliminary Tests of a Structural Model. *Basic and Applied Social*



*Psychology*, 24 (4): 295-311.

Coutinho, M. (2004). Apoio à Família e Formação Parental. *Análise Psicológica*. 1(XXII). 55-64.

Couto, H. (2009). *Princípios e Práticas de Dançoterapia: Levantamento e Sistematização de Abordagens Actuais*. Cruz Quebrada: Edições FMH.

Cunha, M. (2008). *Expressão Dramática na Educação*. Braga: Edições APPACDM.

Cunha, M. e Santos, L. (2007). Aprendizagem cooperativa na Deficiência Mental (Trissomia 21). *Cadernos de Estudo*. 5: 27-44

Cunha, S. (2010). *Dançoterapia como Forma de Promover a Comunicação no Autismo* - Projeto Final de Investigação da Especialização em Educação Especial. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti (documento não publicado).

Danielsson H., Henry L., Messer D. e Rönnerberg J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 33 (2), 600-607

Devereaux. C. (2008). Untying the knots: *Dance movement therapy with a family exposed to domestic violence*. American Dance Therapy Association. USA.

Decreto Legislativo Regional n.º 26/84/A. Assembleia da República. Diário da República, 1ª Série – N.º 199 - de 28 de Agosto de 1984. 2651-2652.

Decreto-Lei n.º 18/89. Assembleia da República, Diário da República, 1ª Série - Nº 85 de 11 de Janeiro de 1989. 3214-3217.

Decreto-Lei n.º 119/83. Assembleia da República. Diário da República. 1ª Série – Nº 46 de 25 de Fevereiro de 1983. 643-656.

Decreto-Lei n.º 172-A/2014. Assembleia da República. Diário da República. 1ª Série – N.º 221- de 14 de Novembro. 5882-5908.

Decreto-Lei nº 76/2015. Primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 172-A/2014. Assembleia da República. Diário da República. 1.ª série — N.º 145 - de 28 de Julho. 5551-5552.

Despacho nº 10099/2009. Diário da República, 2.ª série - N.º 73 - 15 de Abril de 2009, 15341-15343.

Dropsy, J. (1973). *Vivre dans son Corps: Expression Corporelle et Relations Humaines*. Paris: EPI.

Duarte C., Carvalho J., Rodrigues A. e Morato P. (2005). *Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky – Manual de Aplicação*. FMH Edições 2ª Edição.

Dykens, E., Hodapp, R. e Evans, D. (2006). Profiles and development of adaptive behavior in children with Down Syndrome. *Down syndrome Research and Practice*, 9 (3), 45-50.

EDSA - European Down Syndrome Association. (2013). *Facts about syndrome*. Retirado de <http://www.edsa.eu/>. Acedido a 3 de Novembro de 2015.

Einfeld S. e Emerson, E. (2008). Intellectual Disability. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine et al. (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup>ed (Chapter 49). London: Blackwell.

Engel, J. (2006). Report of the ILAE Classification Core Group. *Epilepsia*, 47:1558-1568.

Felce, D., Kerr, M., Hastings, R.P. (2009). A general practice-based study of the relationship between indicators of mental illness and challenging behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3):243-54.

Ferro, J. e Pimentel, J. (2013). *Neurologia fundamental: Principio, Diagnóstico e Tratamento*. Lidel. 2ª Edição. Lisboa.



- Fidler, D., Hepburn, S., Mankin, G. e Rogers, S. (2005). Praxis skills in young children with Down syndrome, other developmental disabilities, and typically developing children. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(2):129-38.
- Fidler, D., Hepburn, S. e Rogers, S. (2006). Early learning and adaptive behaviour in toddlers with Down syndrome: Evidence for an emerging behavioural phenotype? *Down Syndrome Research and Practice*. 9(3). 37-44.
- Fidler, D., Most, D. e Philofsky, A. (2008). The Down syndrome behavioural phenotype: Taking a developmental approach. *Down Syndrome Research and Practice*, 37-44.
- Figueiredo, S., Pires, A., Candeias, M., Miguel, M., Bettencourt, M. e Cotrim, L. (2008). Comportamento Parental Face à Trissomia 21. Notas de Investigação. *Análise Psicológica*. 26(2): 355-365.
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., First, M. (2007). *Introduction*. In Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. e First, M. (eds). *Diagnostic Manual-ID: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with ID*. National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade - perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. (2a edição). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Teoria psicomotora - estudo de casos*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18 (17), 45-52.
- Fonseca, V. (2012). *Manual de observação psicomotora. Significação psiconeurológica dos fatores psicomotores*. (2a edição). Lisboa: Âncora Editora.
- Gagliardo, H., Nobre, M. (2001) Intervenção Precoce na Criança com Baixa Visão. *Revista de Neurociências*, 9(1):16-19.
- García, V., Marín, I. e Currea, F. (2006). Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. *Acta colombiana de psicologia*, 9, (2): 115-126.
- Garzon E. (2002). Epilepsia refratária: conceito e contribuição das novas drogas antiepilépticas e de outras modalidades terapêuticas. *Revista de Neurociências*, 10(2):66-82.
- Gil, J. (2002). *Movimento Total - O corpo e a dança*. Iluminuras Lda.
- Gritti, C., Paulino, V., Marques, L., Castiglioni L. e Bianchin, M. (2015). Desempenho ocupacional, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pacientes com epilepsia. *Revista Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo*, 26(1):93-101.
- Guilhoto, L. (2011). Revisão Terminológica e Conceitual para organização de Crises e Epilepsia: Relato da Comissão da ILAE de Classificação e Terminologia, 2005-2009. Novos paradigmas? *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*. 17(3). 100-105. DOI: <http://www.scielo.br/pdf/jecn/v17n3/a05v17n3.pdf>.
- Guyton, A. (1990). *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara.
- Hall, E. (1986). *A dimensão oculta*. Lisboa, Relógio de Água.
- Harries, J.; Guscia, R.; Kirby, N.; Nettelbeck, T. e Taplin, J. (2005). Support Needs and Adaptive Behaviors. *American Journal on Mental Retardation*. 110, (5), 393-404.
- Harris, J. (2006). *Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation and treatment*. New York: Oxford University Press.

- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Hernández, M. (2003). *Manual de Educacion física adaptada al almunado com discapacidad*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Horwitz, S., Kerker, B., Owens, P., Zigler, E. (2000). The health status and needs of individuals with mental retardation. Department of Epidemiology and Public Health. Yale University of Medecine. Department of Psychology. Retirado de <[http://www.specialolympics.org/uploadedFiles/LandingPage/WhatWeDo/Research\\_Studies\\_Description\\_Pages/healthstatus\\_needs.pdf](http://www.specialolympics.org/uploadedFiles/LandingPage/WhatWeDo/Research_Studies_Description_Pages/healthstatus_needs.pdf)>. Acedido a 2 de Dezembro de 2015.
- Jacobson, J. W., Mulick, J. A. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media.
- Kauffmann, K. (2006). *Inclusive Creative Movement and Dance*. Human Kinetics.
- Knox, L., Douglas, J. e Bigby, C. (2016). “I won’t be around forever”: understanding the decision-making experiences of adults with severe TBI and their parents. *Neuropsychological Rehabilitation*. 26(2): 236-260.
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S. e Cruz, R. (2015). Efects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes – a meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1):46-64.
- Laban, R. (1978). *Domínio do movimento*. São Paulo: Summus.
- Ladeira, F. e Queirós, S. (2002). *Compreender a baixa visão*. Lisboa: Ministério da Educação/Departamento da Educação Básica. Retirado de <<http://193.137.22.207/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=68202&img=626&save=true>>. Acedido a 9 de Novembro de 2015.
- Leite, F. (2005). *Contacto-improvisação, um diálogo em dança*. Porto Alegre, 11(2):89-110.
- Levy, F. (1992). *Dance Movement Therapy: a healing heart*. American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Lewis-Bernstein, P. (1986). *Theoretical approach in dance movement therapy*. Vol1. Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- Lima, E., Nunes, J., Medeiros, S. e Ponte, S. (2011). Geodiversidade e Geossítios da Ilha de São Jorge. XV Expedição Científica do Departamento de Biologia. 40 (20):1-25.
- Llauradó, C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2), 123-154.
- Lockhart, A. (1982). *Modern Dance: building and teaching lessons*. Brown Company Publishers. United States of America.
- Lott, I. e Dierssen, M. (2010). Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down’s syndrome. *Lancelot Neurology*, 9, 623-633. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70112-5.
- Lovering, J. e Percy, M. (2009). Down Syndrome. In Brown, I. e Percy, M. (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities*. 149-172. Portland: Brookes Publishing Co.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D., Spreat, S. e Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 10ª Edição. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

- Lussac, R.(2008). Psicomotricidade: História, Desenvolvimento, Conceitos, Definição e Intervenção Profissional. *Revista Digital*. 126. Buenos Aires.
- Martín, I., Paul, C. e Roncon, J. (2000). Estudo de Adaptação e validação da Escala de Avaliação de Cuidado Informal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1):3-9.
- Martin, K., (2011). *Compreender a Epilepsia*. Porto: Porto Editora.
- Martínez, N. e García, M. (2008). Psychomotor development ion children with Down Syndrome and Physiotherapy in early intervention. *International Medical Journal on Down Syndrome*, 12(2): 28-32.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade-As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. *In Progressos em Psicomotricade*.29-40. Lisboa: Edições FMH.
- Matias, A. (2005). Terapia psicomotora em meio aquático. *A Psicomotricidade*, 5, 68- 76.
- Melo, A. e López, R. (2009). O Esporte Adaptado. *Revista Digital*. 8(51).
- Mills, L. e Daniluk's, S. (2002). Her body speaks: the experience of dance therapy for women survivors of child abuse. *Journal of counseling and developepmental*, 80:77-85.
- Minelto, M., Crepaldi, M., Bignas, M. e Moreira, L. (2012). Práticas Educativas e estresse parental de pais e crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. *Educar em Revista*. 43: 117-132.
- Ministério da Educação (1987). Natação e Epilepsia. *Antologia de Textos*. Lisboa. 74.
- Morato, P. (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem*. Edições SNR, Lisboa.
- Morato, P. e Gonçalves, L. (2001). És feliz? Uma abordagem ao estudo da felicidade de jovens com trissomia 21. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8 (2):23-29.
- Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais - A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55.
- Moreira, L. e Gusmão, F. (2002). Aspetos genéticos e sociais da sexualidade em pessoas com Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.,24(2):94-9.
- NADS – National Association of Down Syndrome. (2010). Facts about Down Syndrome. Retirado de <<http://www.nads.org/resources/facts-about-down-syndrome/>>. Acedido a 2 de Novembro de 2015.
- Naglieri, J. (1988). *DAP – Draw a Person: a quantitative scoring system manual*. The Psychological corporation. Harcourt Brace Jovanovich. Inc. USA
- Nave, M. (2010). *A criança, o meio e o perfil psicomotor*. Castelo Branco: IPCB. Escola Superior de Educação. Dissertação de Mestrado (documento não publicado).
- Neto, C.F. (2004) Desenvolvimento da Motricidade e as “Culturas de Infância”. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa. Retirado de <<http://www.fmh.utl.pt/Cmotricidade/dm/textoscn/2desenvolvimento.pdf>>. Acedido a 13 de Novembro de 2015.
- Novack, C. (1990). *Sharing the dance: contact improvisation and american culture*. Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- Novais, R. (2004). Psicomotricidade e Relaxação na Equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. *A Psicomotricidade*, 4:103-111.
- Paasche, C.; Gorrill, L. e Storm, B. (2010). *Crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Porto Editora.

- Palisano, R., Walter, S., Russel, D., Rosenbaum, P., Gémus, M., Galuppi, B., e Cunningham, L. (2001). Gross motor function oh children with Down Syndrome: creation of motor growth curves. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(4):494-500.
- Palo-Bengtsson, L., Winblad, B., Ekman S.L. (1998), Social dancing: a way to support intellectual, emotional and motor functions in persons with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5: 545–554.
- Panayiotopoulos, P. (2011). The new ILAE report on terminology and concepts for organization of epileptic seizures: A clinician's critical view and contribution. *Epilepsia*, 52 (12): 2155–2160.
- Payne, H. (1992). *Dance Movement Therapy: Theory and practice*. Londres, Routledge.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, autoestima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 1(XXII):235-244.
- Pereira, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida*. Lisboa: Monitor.
- Pereira, A. e Serrano A. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: perspectiva histórica, conceitual e empírica. *Revista Diversidades*. 27: 4- 11.
- Pérez, E. (2015). Epilepsia e Condições psiquiátricas relacionadas. Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da IACAPAP. *Pediatria*. 1-14.
- Pimentel, J. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pinto, A. e Silva, A. (2005). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, 45-49.
- Plantas Edifício AACCCNEE. (2015). Santa Casa da Misericórdia. Velas.
- Polastri, P. e Barela, J. (2002). Percepção-ação no desenvolvimento motor de crianças portadoras da Síndrome de Down. *Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada*, 7 (1):1-8.
- PORDATA. (2014). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retirado de < <http://www.pordata.pt/>>. Acedido a 25 de Setembro de 2015.
- Portugal, A. e Alberto, I. (2013). Escala de Avaliação da Comunicação na Parentalidade (COMPA): Desenvolvimento e Validação de uma Medida da Comunicação Parento-filial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32 (1): 85-103.
- Portugal, A. e Alberto, I. (2015). Caracterização da comunicação entre progenitores e filhos adolescentes: estudo das variáveis sociodemográficas. *Ciência e Saúde coletiva*, 20 (5):1389-1400.
- Probst, M., Krapen J., Poot G. e Vancomport, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: what's in a Name? *The Open Complementary Medecine Journal*. 2: 105-113.
- Ramalho, V. (2001). *Lá em casa mandam eles?* Braga: Psiquilibrios.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio. Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Regulamento Interno do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais – RIRACP. (2016). FMH – Universidade de Lisboa. Documento não publicado.
- Reis, S. (2008). Efeitos da intervenção psicomotora em contexto de sala e em meio aquático na criança com atraso no desenvolvimento psicomotor. *A Psicomotricidade*. 11: 67-77.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*, Porto: Afrontamento.
- Rodrigues, D. (1991). *Métodos e estratégias em educação especial*. Cruz-Quebrada: Edições FMH.

- Rohricht, F., Papadopoulos, N. e Priebe, S. (2013). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of Affective Disorders*.151: 85-91.
- Roizen, N. e Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *Lancet*, 361 (12): 1281- 1289.
- Rooyackers, P. (2002). 101 *Jogos dramáticos. Aprendizagem e diversão com jogos de teatro e faz-de-conta*. Lisboa: Coleção.
- Rosalvo, A. (2011). "*Crónicas da Epilepsia*". LPCE.
- Salvia, J., Ysseldyke, J. e Bolt, S. (2010). *Assessment in special and inclusive education*. 11<sup>th</sup> edition. Wadsworth Cengage Learning
- Sameroff, A. e Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of Child Development Research*, 4: 187-244.
- Santos, G. (2008). Dançoterapia integrativa na transformação de relações interpessoais. *INFAD Revista de Psicologia*. 1: 163-172.
- Santos, S. (2003). Comportamento adaptativo e psicomotricidade. *A Psicomotricidade*,1 (2): 34-40.
- Santos, S. (2008). *Forma reduzida do Parenting Stress Index (PSI): Estudo Preliminar*. XIII Conferência Internacional Avaliação Formas e Contextos. Braga: Universidade do Minho.
- Santos, S. (2014) Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5, 501-509.
- Santos, S., Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações portuguesas com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 9, 21-31.
- Santos, S. e Morato, P. (2008). Dificuldades intelectuais, comportamento adaptativo e sistema de apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 15: 7-14.
- Santos, S. e Morato, P. (2012). O Comportamento Adaptativo em Portugal. In S. Santos e P. Morato (Edts), *Comportamento Adaptativo - Dez Anos Depois*. 1<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Edições FMH. 19- 34.
- Santos, S. e, Morato, P. (2012a). A Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa. In S. Santos e P. Morato (Edts), *Comportamento Adaptativo - Dez Anos Depois*. 1<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Edições FMH. 83-100.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê? *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18 (1), 3-16.
- Santos, S., Morato, P., Ferreira, S., Aniceto, H., Colaço, A., Nogueira, J., Pereira, J. e Rocha, C. (2009). Escala de Intensidade de Apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 16, 39-56.
- Santos, S., Morato, P. e Luckasson, R. (2014). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52 (5): 379-387.
- Santos, S., Morato, P., Monteiro, A., Fiúza, R., Carvalho, R. e Nunes, S. (2008). Adaptação da Escala de Intensidade de Apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 15, 43 – 63.
- Santos, S. e Santos, S. (2007). Comportamento Adaptativo e Qualidade de Vida nas Crianças com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 14. 57-67.



- Sartawi, A., AlMuhairy, O. e Abdat, R. (2011). Behavioral Problems among Students with Disabilities in United Arab Emirates. *International Journal for Research in Education*, 29, 1-15.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R. e Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability – Definition, Classification, and Systems of Supports*. AAIDD. 11ª Edição, Washington, D.C.
- Schalock, R.; Buntinx, W.; Borthwick-Duffy, S., Luckasson, R.; Snell, M.; Tassé, M. e Wehmeyer, M. (2007). *User's guide: Mental Retardation – definition, classification and systems of supports*. 10<sup>th</sup> Edition. AAIDD. USA.
- Schalock, R. e Luckasson, R. (2004). American Association on Mental Retardation's Definition, Classification, and System of Supports and Its Relation to International Trends and Issues in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 3/4 (1), 136-146.
- Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K. e Wehmeyer, M. (2012). *User's guide: intellectual disability: definition, classification and systems of supports* (11a ed.). Washington, D.C.: AAIDD.
- Sciberras, J. e Hutchison, P. (2003). *Close friendships of integrated youth: parents as partners*. 28 (1-2): 87-114.
- Sherrill, C. (1997). *Adapted Physical Activity, Recreation and Sport. Crossdisciplinary and lifespan*. 5º ed. Dubuque: McGraw- Hill.
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2001). *Motor control: theory and practical applications* (Second edition ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Simões, C. e Santos, S (2012). Escala Pessoal de Resultados- Escala para Avaliar a Qualidade de Vida da Pessoa. 1-27 (documento não publicado).
- Simões, C. e Santos, S. (2013). Cross-Cultural Adaptation, Validity and Reliability of the Escala Pessoal de Resultados. *Social Indicators Research*, 1-13.
- Simões, C., Santos, S. e Biscaia, R. (2016). Validation of the portuguese version of the Personal Outcomes Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1-15.
- Simões, C., Santos, S. e Claes, C. (2015a). The Portuguese Version of Personal Outcomes Scale: A Psychometric validity and reliability study. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 53 (2):129-142.
- Soares, F., Silva, T., Gomes, D. e Pereira E. (2012). A contribuição da estimulação psicomotora para o processo de independência do deficiente visual. *Motricidade*, 8 (4):16-25.
- Sommer, C. e Henrique-Silva, F. (2007). Trisomy 21 and Down Syndrome – A Short Review. *Jornal Brasileiro de Biologia*. 68(2):447-452.
- SREA. (2014). Serviço Regional de Estatística dos Açores. Retirado de < <http://estatistica.azores.gov.pt/>>. Acedido a 25 de Setembro de 2015.
- Stein, R. e Jessop, D. (2003). The impact on family scale revisited: Further psychometric data. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24(1), 9-15.
- Stein, R. e Reissman, C. (1980). The development of an Impact-on-Family Scale: Preliminary Findings. *Medical Care*, 28, 465-472.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M. et al. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (2), 135-146.



- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M. e Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale – User Manual*. American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J., Hughes, C., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M., Bryant, B., Craig, E. e Campbell, E. (2002). Integrating Supports in Assessment and Planning. *Mental Retardation*, 40(5), 390-405.
- Torquato, C. e Bizerril, J. (2009). Contacto-Improvisação: um estudo etnográfico. *Revista Salud e Sociedad*, 1 (1):6-18.
- Trancoso, M. e Cerro, M. (2008). *Síndrome de Down: Leitura e Escrita – Um guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais. Reedição. Porto: Porto Editora.
- Urra, J. (2007). *O Pequeno Ditador: a criança mimada ao adolescente agressivo*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Valente, P., Santos, S. e Morato, P. (2011). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*. 15: 10-23.
- Vanvuchelen, M., Feys, H. e De Weerd, W. (2011). The good-imitator-poor-talker profile syndrome-specific in Down Syndrome? Evidence from standardised imitation and language measures. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 148-157.
- Varanda, S. (2012). Corpos e expressão em movimento. A dança e a educação. Por que ensinar dança na escola? *Linguagem Acadêmica*, 2 (1):121-145.
- Vaz, S. (2007). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Minerva Coimbra.
- Verheul, A. (2010). *Le développement de Snoezelen*. Retirado [http://www.snoezelen-idosos.com/login/upload/files/desenvolvimento\\_do\\_snoezelen.pdf](http://www.snoezelen-idosos.com/login/upload/files/desenvolvimento_do_snoezelen.pdf). Acedido 15 Fev 2016.
- Vieira, J. (2009). Psicomotricidade Relacional: a teoria de uma prática. *Perspetivas*. 3, 64-68.
- Voivodic, M. (2004). *Inclusão Escolar de crianças com Síndrome de Down*. Editora Vozes. Petrópolis.
- Walsh, N., Leray, C. e Maucouvert, A. (1990). *Danse: De L'école...aux associations*. Editions Revue.
- Wells, K., Condillac, R., Perry, A. e Factor, D. (2009). Comparison of three adaptive behaviour measures in autism in relation to cognitive level and severity of autism. *Journal on Developmental Disabilities*, 15 (3), 55-63.
- Weil, P. e Tompakow, R. (2001). *O corpo fala*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Wilbur, S., Meyer, H., Baker, M., Smiarowski, K., Suarez, C.A., Ames, D. e Rubin, R.T. (2015). Dance for veterans: a complementary health program for veterans with serious mental illness. *Art & Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 7(2): 1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17533015.2015.1019701>.
- World Health Organisation - WHO. (2007). *Intellectual disability – A manual for CBR workers*. New Delhi: World Health Organisation. Retirado de [http://203.90.70.117/PDS\\_DOCS/B0759.pdf](http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B0759.pdf) - em 5 de dezembro de 2013.
- World Health Organisation - WHO. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Retirado de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/Q90-Q99>. Acedido a 1 Fevereiro de 2016.
- Xia, J. e Grant, T. (2009). *Dance therapy for schizophrenia*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006868.pub3/epdf>. Acedido a 2 de Dezembro de 201

## ANEXOS

### Anexo A – Plano Semanal de Atividade

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
10:00h – 11:00h	M.J. – Música e Inglês (Protocolo com EBS de Velas) Grupo De Maior Autonomia – Snoezelen (Equipa 2 + T.S.) Grupo De Menor Autonomia – Oficina Lúdica (Equipa 1 + T.S.)	Grupo De Maior Autonomia – Oficina de Serviços Gerais/Transfer Vida Ativa (Equipa 2) Grupo De Menor Autonomia – Oficina de Mobilização e Alongamento (Equipa 1 + T.S.)	Oficina de Manualidades e Expressão Plástica (Equipas 1, 2 e T.S.)	Grupo De Maior Autonomia – Fichas de Aqui. e Man. de Conhecimentos (T.S.) e Oficina de Jardinagem (Responsáveis Serviços Gerais) Grupo De Menor Autonomia – Oficina de Relaxamento e Massagem (Equipas 1 e 2 + T.S. + Estagiária RPM)	Grupo De Maior Autonomia – Atividade Física Adaptada c/ UNECA Ocupacional (T.S. + Estagiária RPM) Grupo De Menor Autonomia – Oficina de Mobilização e Alongamento (Equipas 1, 2 + T.S. + Estagiária RPM)
11:00h – 12:00h	B. – Hidroterapia (T.S. + Estagiária RPM) Grupo De Menor Autonomia – Oficina de AVD's (Equipas 1, 2 + T.S.) Grupo De Maior Autonomia – Fichas de Aquisição e Manutenção de Conhecimentos (T.S.)	Grupo De Maior Autonomia – Atividade Física Adaptada c/ UNECA Ocupacional (T.S. + Estagiária RPM) Grupo De Menor Autonomia – Oficina dos Sentidos (Equipas 1, 2 + T.S.)	M.J. + C. – Hidroterapia (T.S. + Estagiária RPM) Grupo De Menor Autonomia – Snoezelen (Equipa 1 + T.S.) Grupo De Maior Autonomia – Oficina de Serviços Gerais/Transfer Vida Ativa (Equipa 2 + T.S.)	Oficina de Estética e Bem Estar (Equipas 1, 2 e T.S.)	Oficina de Manualidades e Expressão Plástica (Equipas 1, 2 e T.S.)
12:00h -14:00h	Almoço + Atividades Livres	Almoço + Atividades Livres	Almoço + Atividades Livres	Almoço + Atividades Livres	Almoço + Atividades Livres
14:00h – 14:45h	Oficina de Informática e Multimédia (Equipas 1, 2 + T.S.)	Oficina de Corpo, Expressão e Movimento (Equipas 1 e 2, 2 T.S. + Estagiária RPM)	Saídas ao Exterior/Passeios (Equipas 1, 2 + 2 T.S. + Estagiária RPM)	Grupo De Maior Autonomia – Oficina Culinária (Equipa 1 + T.S.) Grupo De Menor Autonomia – Oficina de AVD's (Equipa 2 e T.S.)	Saídas ao Exterior/Passeios (Equipas 1, 2 + 2 T.S. + Estagiária RPM)
14:45h – 15:30h	Grupo De Menor Autonomia – Snoezelen (Equipa 1 + T.S.) Grupo De Maior Autonomia – Oficina de Relaxamento e Massagem (Equipa 2 + T.S.)	Oficina de Corpo, Expressão e Movimento (Equipas 1 e 2, 2 T.S. + Estagiária RPM)	Saídas ao Exterior/Passeios (Equipas 1, 2 + 2 T.S. + Estagiária RPM)	Oficina Lúdica (Equipas 1, 2 e T.S.)	Saídas ao Exterior/Passeios (Equipas 1, 2 + 2 T.S. + Estagiária RPM)
15:30h – 16:00h	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche



**Centro de Atividades Ocupacionais**  
**Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais do Concelho de Velas**

Data: 03 de Setembro de 2015

Direção da Associação de Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais

**Assunto:** Pedido de Autorização

O responsável técnico da AACNEE vem por este meio solicitar a autorização para a aplicação ao cliente ----- de quatro instrumentos de avaliação para posterior planeamento de um programa de intervenção psicomotora, pelo que gostaríamos de contar com o seu consentimento e autorização para se proceder à aplicação das mesmas, cujos resultados serão utilizados exclusivamente para fins terapêuticos.

As escalas a aplicar serão:

- a Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP – Santos & Morato, 2004) que faz a avaliação da capacidade de adaptação de cada indivíduo ao contexto ecológico onde se inserem;
- a Escala de Intensidade de Apoios (EIA – de Thompson et al, 2004) com enfoque no padrão e intensidade de apoios necessários à promoção da participação social;
- a Escala Pessoal de Resultados (EPR de Simões & Santos, 2012) que mede a qualidade de vida dos indivíduos com DID;
- a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM de Fonseca, 2005) com o intuito de aferir o perfil psicomotor.

A aplicação de algumas das escalas terá que ser feita a alguém que conheça bem a pessoa a ser avaliada, e aplicação das restantes será feita diretamente ao utente. Desde já informamos que a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos serão asseguradas pelo anonimato da identificação do cliente, nem havendo quaisquer danos físicos e psicológicos para o mesmo. A aplicação das escalas será realizada em tempo útil por contato direto das técnicas com o cliente.

Com os melhores cumprimentos.

A Responsável Técnica

O Responsável Legal

A Direção da AACNEE

---

---

---

## Anexo C – Exemplo Relatório de Avaliação Inicial e PII

### RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

**Nome:** H.

**Data de Nascimento:** 23/11/1991 **Idade:** 22A

**Diagnóstico:** Paralisia Cerebral, Atraso Psicomotor, Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

**Técnica:** Ana Paula Silveira Soares (Técnica de Reabilitação Psicomotora - Estagiária)

Tendo em conta o perfil de desenvolvimento do cliente, resultante da avaliação realizada através dos instrumentos:

- Escala de Avaliação do Comportamento Adaptativo (ECAP)
- Escala de Avaliação da Intensidade de Apoios (EIA)
- Escala Pessoal de Resultados (EPR)
- Bateria Psicomotora (BPM),

conjuntamente com a informação obtida através de observação direta e anamnese, definiu-se um programa de intervenção individualizado.

Desta forma, o presente documento pretende apresentar, sumariamente, os resultados da aplicação dos instrumentos acima mencionados, bem como o Plano de Intervenção Individual (PII).

#### Anamnese

A H. vive atualmente na Canada de São Lázaro Nunes, Norte Pequeno, com a mãe, M., e o pai, J.. Frequenta o CAO de Velas desde o ano letivo 1994/1995 tendo sido encaminhada para esta Instituição pela Escola Básica e Secundária da Calheta. Frequenta a Instituição diariamente (exceto quartas, sábados e domingos) entre as 8h e as 17h, recorrendo ao transporte da mesma. O seu meio de vida principal é a pensão social. É a segunda filha de uma fratria de dois. A H. apresenta uma Apraxia acompanhada de Afasia, não tendo tónus muscular suficiente para a sua mobilidade (recurso a Tecnologia de Apoio – Cadeira de Rodas Manual). Foi submetida a intervenção cirúrgica devido a um encurtamento no Tendão de Aquiles por volta dos 7 e 8 anos de idade, processo não terminado por opção dos prestadores de cuidados. Não tem controlo dos esfíncteres.

#### Avaliação

##### Análise Corporal

A H. pesa, atualmente, 78Kg e mede 1,52m. Apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) de 34 valores, acima da média, e já classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Obesidade de Tipo II. A nível de desvios posturais a Helena apresenta uma lordose acentuada na zona lombar e uma cifose acentuada na zona cervical. Apresenta também um encurtamento do Tendão de Aquiles (intervenção cirúrgica incompleta).

#### ECAP – Escala de Avaliação do Comportamento Adaptativo (Santos e Morato, 2004)

A ECAP tem como principal objetivo a avaliação da capacidade de adaptação do cliente ao contexto ecológico onde se insere, com a identificação de áreas fortes e menos fortes para a consequente elaboração de um plano habilitativo. Está dividida em duas partes, avaliando um total de 18 domínios. Cada domínio é composto por

um conjunto de afirmações que descrevem e enumeram comportamentos e condutas adotadas pela pessoa no seu dia-a-dia. A aplicação da escala foi feita por observação direta e também sob a forma de entrevista ao prestador de cuidados do cliente, neste caso, a mãe. As cotações obtidas nos diferentes domínios foram somadas e posteriormente comparadas com o valor máximo de cada domínio (representativo de um comportamento adaptativo adequado).

## **Resultados**

### **Domínios Parte I**

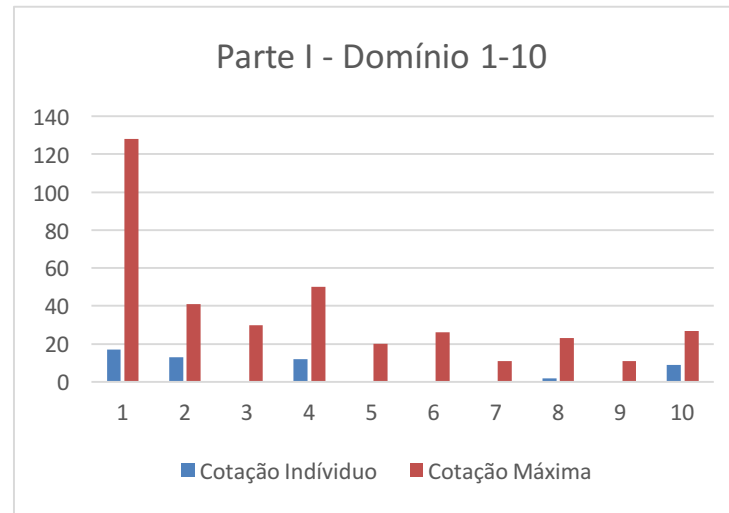


Figura 6 - Resultados Aplicação 1ª Parte ECAP (1.Autonomia; 2. Desenvolvimento Físico; 3. Atividade Económica; 4. Desenvolvimento da Linguagem; 5. Números e Tempo; 6. Atividade Doméstica; 7. Atividade Pré-profissional; 8. Personalidade; 9. Responsabilidade; 10. Socialização.)

As limitações ao nível da mobilidade e da linguagem tornam-se evidentes pela análise dos resultados acima apresentados. Através do gráfico facilmente se percebe que em todos os domínios à exceção do Desenvolvimento Físico, a cliente apresenta valores abaixo da média. Em termos de Autonomia, domínio onde se apresenta uma maior discrepância entre os valores obtidos e os valores máximos, é importante referir que todos os comportamentos avaliados neste vão ser influenciados diretamente pelas limitações funcionais adjacentes ao diagnóstico da cliente, justificando assim alguns dos valores obtidos. O mesmo acontece no domínio do Desenvolvimento da Linguagem, e em consequência, nos domínios de atividade doméstica, pré-profissional, responsabilidade e socialização. Em específico é importante destacar o trabalho funcional em áreas como a Alimentação, Higiene e Mobilidade.

### **Domínios Parte II**

Os domínios avaliados na 2ª Parte da ECAP são os seguintes:

11. Comportamento Social; 12. Conformidade; 13. Merecedor de Confiança; 14. Comportamento Estereotipado e Hiperativo; 15. Comportamento Sexual; 16. Comportamento Auto-abusivo; 17. Ajustamento Social; 18. Comportamento Interpessoal Perturbado.

Os domínios da 2ª Parte da ECAP mostram-se, na sua maioria, acima da média, na medida em que a cliente não apresenta comportamentos desajustados recorrentes. Neste ponto importa mencionar apenas os domínios onde a cliente cotou como apresentando comportamentos desviantes, são eles: no item das birras

temperamentais onde a cliente, ocasionalmente, manifesta reações exageradas a determinados tipos de música; no item dos comportamentos estereotipados, onde a cliente, ocasionalmente, puxa os seus próprios cabelos e apresenta sincinésias contra laterais; no item dos hábitos vocais ou de discurso perturbados, onde a cliente por vezes ri de forma inapropriada e descontrolada; no item da autoagressão, onde a cliente por vezes se auto-agride (e.g.: Puxar o cabelo, arranhões); finalmente, no item da inatividade, onde a cliente apresenta frequentemente uma atitude passiva e imóvel, apenas observando os outros, não reagindo, por vezes, às investidas por parte dos pares.

#### **Fatores Parte I**

I. Auto-suficiência Pessoal; II. Auto-suficiência na Comunidade; III. Responsabilidade Pessoal e Social.

#### **Fatores Parte II**

IV. Ajustamento Pessoal; V. Ajustamento Social.

A soma dos resultados em determinados domínios e itens permite chegar à pontuação de cada um dos cinco fatores acima mencionados. As pontuações obtidas nestes fatores indicam que nos domínios que envolvem funcionalidade a cliente apresenta valores abaixo da média, e por outro lado, nos domínios que envolvem comportamentos desviantes e desajustados a cliente se encontra acima da média.

#### **EIA – Escala de Intensidade de Apoios (AAIDD, 2004)**

A EIA é um instrumento de avaliação que pretende identificar o tipo, frequência e intensidade de apoios necessária à pessoa para que consiga realizar determinada tarefa. Encontra-se subdividida em três secções: 1 – Escala de Intensidade de Apoios; 2- Escala Suplementar de Representação e Proteção; 3A e B – Necessidades Excepcionais de Apoio Médico e Comportamental.

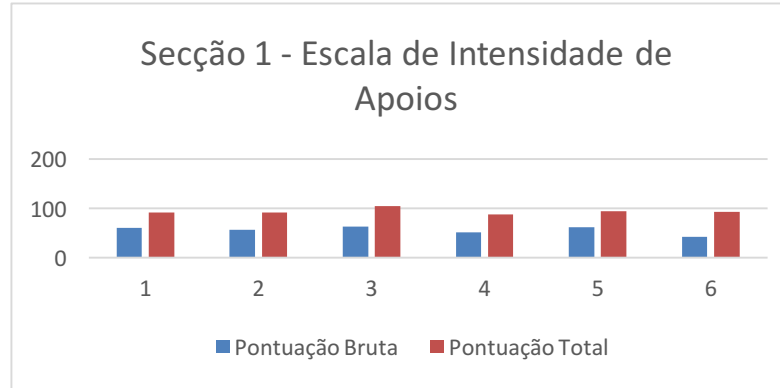


Figura 7 - Resultados Aplicação EIA (1. Vida em casa, 2. Vida na Comunidade, 3. Aprendizagem ao Longo da Vida, 4. Profissionais, 5. Saúde e Segurança, 6. Social)

É importante mencionar que os valores de pontuação total apresentados na tabela representam uma necessidade máxima de apoio na realização da tarefa. Na análise do gráfico acima apresentado é importante ter em conta as limitações funcionais de mobilidade vividas pela cliente e o recurso constante a uma Tecnologia de Apoio. A cliente manifesta uma elevada necessidade de apoios em todas as subescalas da EIA. Em suma, o Índice de Necessidade de Apoios totaliza um valor de



101, valor correspondente a uma necessidade considerável de apoios tanto em termos de frequência, duração e tipo de apoio, destacando-se neste último item o predomínio do apoio físico total para a realização das tarefas.

No que diz respeito à Secção 2: Escala Suplementar de Proteção e Representação a cotação foi de 7 pontos em todos os 8 domínios. Isto representa que em qualquer um dos itens (desde autorrepresentação, à representação dos outros e passando pelo gerir dinheiro e finanças) a cliente evidencia uma elevada necessidade de apoios.

Na Secção 3A e 3B – Necessidades excepcionais de apoio médico e comportamental a cliente apenas manifesta elevada necessidade de apoio no que toca à necessidade de assistência para reposicionar-se ou virar-se.

### **EPR – Escala Pessoal de Resultados (Simões e Santos, 2012)**

A EPR tem como objetivo medir a qualidade de vida (QV) da pessoa baseada em indicadores específicos associados a oito domínios centrais, distribuídos por três fatores, validados por diversos estudos transculturais. Os domínios e respetivos fatores são: desenvolvimento pessoal e autodeterminação (refletindo o nível de independência pessoal); relações interpessoais, inclusão social e direitos (refletindo o nível de participação social); bem-estar emocional, físico e material (refletindo o nível de bem-estar da pessoa). Esta escala deve ser aplicada em duas vertentes: questionário pessoal (no caso de o cliente não conseguir responder, ao prestador de cuidados ou responsável técnico), e um segundo grupo de questões por observação direta.

O somatório dos valores obtidos em cada fator (1. Independência + 2. Participação Social + 3. Bem-estar) resultante de ambas as vertentes da Escala (Questionário e Observação Direta) devem ser analisados individualmente e posteriormente comparados.

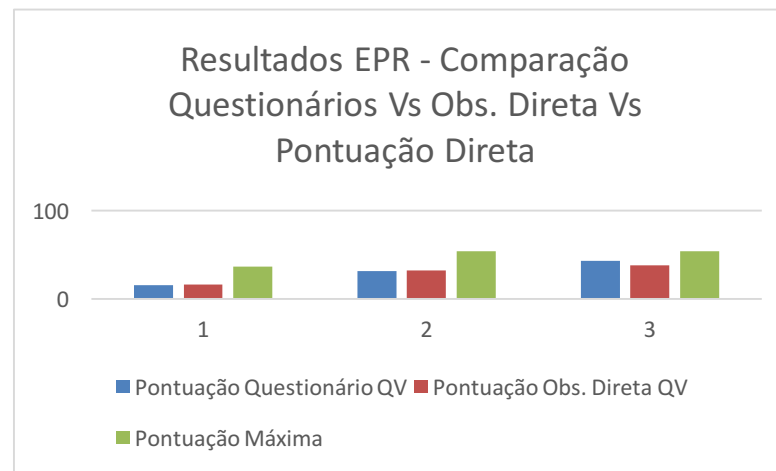


Figura 8 - Resultados Aplicação EPR (1. Independência + 2. Participação Social + 3. Bem-estar)

A análise do gráfico acima apresentado permite aferir que não existem diferenças significativas entre a perceção do prestador de cuidados, neste caso a mãe, e a observação direta do Técnico no que diz respeito à QV da cliente nos mais variados domínios avaliados. No entanto existe ainda uma lacuna deste constructo no

que toca à comparação com os valores de pontuação máximos. Esta lacuna é evidenciada essencialmente nos fatores da independência e da participação social. Em específico, importa destacar os domínios: do desenvolvimento pessoal onde a cliente apresenta pouca funcionalidade das tarefas do quotidiano; da autodeterminação, onde a cliente não manifesta capacidade para fazer escolhas, e consequentemente, não lhe é dada essa oportunidade de tomada de decisão; e, finalmente, no domínio da inclusão social, onde a cliente raramente frequenta locais da localidade onde vive, numa perspetiva de participação social. O fator do bem-estar (nos domínios material, físico e emocional) representa o domínio onde a cliente apresenta maiores níveis de QV.

#### **BPM- Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (Fonseca, 1975)**

A BPM compreende um conjunto de testes padronizados com o intuito de avaliar o Perfil Psicomotor do indivíduo. Encontra-se dividida de acordo com sete fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina) e a sua escala de pontuação compreende quatro níveis de pontuação (1- realização imperfeita, incompleta e descoordenada; 2- realização com dificuldades de controlo; 3 – realização controlada e adequada; 4 - realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada) que vão culminar, através do seu somatório, num resultado de perfil psicomotor que pode ser apráxico (fraco), dispráxico (satisfatório), eupráxico (bom) ou hiperpráxico (excelente).

A qualidade do perfil psicomotor de cada cliente vai ilustrar o grau de organização psiconeurológica da mesma, diretamente associada ao seu potencial de aprendizagem.

Fatores	Cotação	Perfil
<b>Tonicidade</b>	1	Apráxico
<b>Equilíbrio</b>	1	Apráxico
<b>Lateralização</b>	2	Dispráxico
<b>Noção do Corpo</b>	2	Dispráxico
<b>Estruturação Espaciotemporal</b>	1	Apráxico
<b>Praxia Global</b>	1	Apráxico
<b>Praxia Fina</b>	1	Apráxico

A análise dos resultados evidenciados na Tabela acima apresentada mostra claramente o Perfil Apráxico da cliente, onde em todos os domínios à exceção da Lateralização e Noção do Corpo, esta demonstra uma realização imperfeita das tarefas e evidencia sinais disfuncionais equivalentes a disfunções psiconeurológicas, caracterizando um potencial de aprendizagem em qualquer tarefa com uma lenta modificabilidade.

Analisando a avaliação feita à cliente é possível concluir que esta possui limitações consideráveis, quer ao nível das estruturas do corpo, quer ao nível das funções, dificultando claramente o seu desempenho físico, intelectual e funcional. A H. tem uma Apraxia do Tipo Ideatório, ou seja, uma incapacidade de realização de tarefas motoras sequenciais sob comando, sem défice de compreensão, sensibilidade ou força muscular. Esta Apraxia encontra-se, neste caso, acompanhada de uma Afasia ou Apraxia da linguagem, i.e., dificuldade em satisfazer as suas necessidades comunicativas através do discurso sendo incapaz de se expressar verbalmente.

#### **Balanço da Avaliação**

Os cinco instrumentos de avaliação aplicados e a posterior análise dos seus resultados mostra a necessidade urgente de uma intervenção direcionada para objetivos específicos nos mais variados domínios e, mais do que isso, e multidisciplinar. O cliente necessita que o tipo de intervenção desenvolvido na instituição seja continuado em casa e para isso torna-se fulcral a presença dos prestadores de cuidados em algumas das sessões de intervenção com o Técnico.

### **Plano Individual de Intervenção**

Após a avaliação inicial foram estabelecidos diferentes objetivos nos domínios autonomia e funcionalidade, motricidade global e fina, cognição e estimulação sensorial, interação social e comunicação.

#### **Autonomia e Funcionalidade**

Objetivos Gerais e Específicos:

##### **- Desenvolver a autonomia na alimentação;**

- A H. deve ser capaz de comer alimentos líquidos sem apoio, com uma colher, sem sujar a mesa ao seu redor;
- A H. deve ser capaz de beber de um copo sem apoio e sem derramar líquido;

##### **- Desenvolver a autonomia na higiene;**

- A H. deve ser capaz de fazer a sua higiene oral, apenas com o apoio verbal do Técnico/Ajudante de Reab.;
- A H. deve ser capaz de bocejar o líquido de higiene oral, sem engolir, apenas com o apoio verbal do Técnico/Ajudante de Reab.;

A cliente em causa apresenta limitações na mobilidade dos M.I. pelo que esse domínio é o foco da intervenção psicomotora, focando-se no fortalecimento da musculatura dos M.I. e abdominal em todas as sessões. Para este fim são feitos exercícios localizados, adaptados ao cliente, dos quais são exemplos os objetivos específicos:

##### **- Desenvolver a mobilidade de M.I. e posição de pé;**

- A H. deve ser capaz de se levantar, com o apoio das barras paralelas, pelo menos 2 das 4 tentativas;
- A H. deve ter o controlo do tronco sentado, sem apoio das costas, durante pelo menos 15 minutos;
- A H. deve ser capaz de pedalar, com ajuda física parcial do terapeuta, pelo menos 15 minutos;
- A H. deve ser capaz de realizar *curl ups*, com apoio físico parcial do terapeuta, pelo menos 10 vezes.

A pouca mobilidade ao nível dos M.I. faz com que seja necessária uma mobilização passiva dos M.I. com movimentos de flexão/extensão, adução/abdução e pronação/supinação. No final de todas as sessões é feito um alongamento passivo dos M.S., M.I. e coluna.

#### **Motricidade Global e Fina**

##### **- Desenvolver a mobilidade M.S.;**

- A H. deve ser capaz de alcançar uma bola colocada pelo psicomotricista acima da linha dos olhos, com ambas as mãos, pelo menos 5 das 10 tentativas;

##### **- Desenvolver a motricidade fina;**

- A H. deve ser capaz de transferir feijões, recorrendo à pinça fina, de um recipiente para o outro, em pelo menos 20 repetições sem deixar cair;
- A H. deve ser capaz de construir uma torre com, pelo menos, 3 cubos;

#### **Cognição e Estimulação sensorial**

##### **- Desenvolver a manutenção da atenção;**

- A H. deve ser capaz de seguir uma ordem simples (eg. Vai buscar a bola) apenas com apoio verbal do Técnico/Ajudante de Reab.;
- A H. deve ser capaz de cumprir uma tarefa simples que envolva manutenção da atenção (eg. Pinta dentro dos contornos) apenas com apoio verbal do Técnico/Ajudante de Reab.;

- A H. deve ser capaz de seguir o som, feito pelo Técnico/Ajudante de Reab., com o olhar;

- A H. deve ser capaz de associar o toque no botão à mudança de cor nas colunas de água, obedecendo ao comando do Técnico/Ajudante de Reab. “Muda a cor da coluna”;

#### **Interação Social e Comunicação**

##### **- Desenvolver a linguagem expressiva;**

- A H. deve ser capaz de expressar aquilo que quer através de linguagem não-verbal;

##### **- Desenvolver a linguagem recetiva;**

- A H. deve ser capaz de perceber um comando simples, executando-o, apenas com ajuda verbal e física parcial do Técnico/Ajudante de Reab.;

No domínio da comunicação é importante referir as capacidades do cliente para a utilização de um método de comunicação aumentado/alternativa (e.g.: *Boardmaker*) pelo que parece importante a disponibilidade de um Técnico que possa fazer um trabalho individualizado (com uma frequência bissemanal, no mínimo) com o cliente.

**Estratégias**

- Utilização de tarefas simples e com uma complicação crescente;
- Utilização de atividades significativas para o cliente, que tentem sempre ir de encontro aos seus gostos;
- Instruções simples, precisas e claras;
- Realização das atividades em ambientes calmos, sem estímulos distráteis;
- Feedback constante e reforço positivo;

**Recomenda-se:**

- Continuação da intervenção individual de encontro aos objetivos acima estipulados;
- Controlo rigoroso do Plano Alimentar;
- Sessões de Psicologia com foco nos meios de comunicação alternativos;
- Sessões de Terapia Psicomotora em Meio Aquático para aumento da força muscular, amplitude articular e diminuição da má circulação e retenção de líquidos nos M.I.

Posto tudo isto, e em termos de conclusão, é importante reforçar a continuação da estimulação diária e constante com recurso às atividades e estratégias fornecidas pelo Técnico ao longo da intervenção, e a elaboração de atividades que continuem a ir de encontro aos objetivos traçados inicialmente, e que melhorem a funcionalidade do cliente em todos os domínios. Dentro de 6 meses deverá ser feita uma reavaliação para aferir se os objetivos foram ou não atingidos, e readaptar o plano de intervenção.

Ao inteiro dispor para qualquer esclarecimento e articulação com os restantes técnicos envolvidos neste processo,

---

Ana Soares  
Técnico de Reabilitação Psicomotora (Estagiária)

---

Vanda Soares (Coordenadora)  
Técnico Superior de Atividade Física

Velas, 1 de Outubro de 2015

## Anexo D – Plano de Sessão IPM e AMA (Grupo)

**Data:** 9/10/2015

**Duração:** 45min

**Área:** Intervenção Psicomotora e Atividade Motora Adaptada em Contexto de Grupo

**Participantes Ativos:** Psicomotricista (Estagiária) e Clientes do Grupo de Maior Autonomia

**Participantes Passivos:** Técnico Superior Atividade Física (Coordenadora C.A.O.)

### Objetivos gerais

- Desenvolver a motricidade global;
- Desenvolver a noção de lateralidade;
- Desenvolver a equilíbrio;
- Melhorar a capacidade aeróbia;
- Inculcar o conceito de equipa;

Atividades	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos/Critérios de Êxito	Materiais	Estratégias	Observação do Comportamento
------------	------------------	--	-----------	-------------	-----------------------------

Preparação dos materiais para a sessão; Diálogo inicial com o Técnico Superior de Atividade Física (Coordenadora C.A.O.) acerca dos objetivos a trabalhar na sessão.

### ATIVAÇÃO GERAL

<b>Atividade 1: Vamos Aquecer</b>  <b>Os clientes encontram-se disposto em círculo. A Psicomotricista vai dando indicações acerca de que parte do corpo alongar de forma dinâmica (e.g. rotação pescoço, rotação ombros, rotação M.S., rotação bacia, entre outros). Numa segunda fase da ativação geral, a Psicomotricista enuncia, com exemplificação, tarefas variadas de ativação muscular com o intuito de subir a Frequência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar o corpo para o exercício;</li> <li>- Ativar os diferentes grupos musculares;</li> <li>-Aumentar a Fc e Fr;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os clientes devem ser capazes de identificar a parte do corpo pedida pela Psicomotricista;</li> <li>- Os clientes devem ser capazes de saltar com alternância de pés, pelo menos 4 vezes sem desequilíbrios;</li> <li>- Os clientes devem ser capazes</li> </ul>	Sistema de Som	A Psicomotricista deve dar um reforço verbal constante, bem como demonstrar todas as tarefas.	Os clientes mostram níveis baixos de resistência e manifestam cansaço logo após uns minutos de atividade. O facto de ser uma atividade feita em grupo faz com que mostrem uma postura de entreajuda, mostrando uns aos outros como se faz determinada tarefa.
--	---	---	----------------	---	---

Cardíaca (Fc) e respiratória (Fr) (e.g. saltar de um pé para o outro, saltar a pés juntos, corrida no lugar, tocar no chão com ambas as mãos e saltar, entre outros).		de saltar em apoio unipodal, pelo menos 2 vezes;  - Os clientes devem ser capazes de realizar pelo menos um salto de coelho (tocar com as mãos no chão e saltar) completo;			
<b>PARTE FUNDAMENTAL – CIRCUITO + ATIVIDADE DE GRUPO</b>					
<p><b>Atividade 2: Circuito Psicomotor</b></p> <p><b>A presente atividade compreende um circuito com 8 estações. São elas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1) Percurso de equilíbrio com módulos</b></li> <li><b>2) Acertar com os arcos no cone</b></li> <li><b>3) Saltos em alternância de apoio unipedal e a dois pés nos arcos</b></li> <li><b>4) Contornar obstáculos com bola</b></li> <li><b>5) Corrida a pés juntos</b></li> <li><b>6) Equilíbrio no Bossu</b></li> <li><b>7) Saltos no trampolim</b></li> <li><b>8) Pontapear a bola para a baliza</b></li> </ol> <p><b>Cada cliente deve realizar o circuito 4 vezes.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a motricidade global;</li> <li>- Desenvolver a noção de lateralidade;</li> <li>- Desenvolver a equilíbrio;</li> <li>- Desenvolver a motricidade global;</li> <li>- Melhorar a capacidade aeróbia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os clientes devem ser capazes de andar em equilíbrio sobre o módulo, ao longo de 2 metros sem apoio, não podendo desequilibrar-se mais do que 2 vezes;</li> <li>- Os clientes devem ser capazes de acertar com o arco no cone da mesma cor, colocado a 1 metro, acertando pelo menos 2 das 4 tentativas;</li> <li>- Os clientes devem ser capazes de saltar em apoio unipedal e pés juntos, colocando os pés nos arcos com as letras correspondentes (E = esquerdo; D = direito), acertando pelo menos 5 das 8 tentativas);</li> <li>- Os clientes devem ser capazes de contornar os 8 cones, com condução de bola, sem derrubar nenhum dos obstáculos;</li> <li>- Os clientes devem ser capazes de saltar a pés juntos, sem apoio, pelo menos 5 vezes;</li> <li>- Os clientes devem ser capazes de manter em equilíbrio nos dois</li> </ul>	<p>Módulo de equilíbrio, cones, arcos médios, arcos grandes, letras em papel autocolante, 2 bolas de futebol, bossu, barra de apoio, trampolim, baliza, sistema de</p>	<p>A Psicomotricista deve dar um reforço verbal constante. A demonstração da tarefa a realizar em cada uma das estações deve ser clara e perfeitamente executada.</p> <p>Durante a atividade é importante o feedback positivo.</p>	<p>Dentro do Grupo de Maior Autonomia existe uma grande diversidade de capacidades e dificuldades, sendo que, tarefas que podem ser de grau fácil para alguns clientes, para outros, podem representar grandes desafios. Posto isto, é muito importante ir fazendo adaptações constantes às atividades, aos objetivos e, principalmente, aos critérios de êxito. Neste tipo de atividades é muito visível a capacidade e o ambiente de entreadado entre os diferentes clientes.</p>



		<p>pés, sobre o <i>bossu</i>, sem apoio, pelo menos durante 5 segundos;</p> <p>- Os clientes devem ser capazes de dar 5 saltos a pés juntos no trampolim, sem apoio;</p> <p>- Os clientes devem ser capazes de pontapear a bola, acertando na baliza colocada a 2 metros, em pelo menos 2 das 4 tentativas;</p>	som		
<p><b>Atividade 3: Futebol com Vassouras</b></p> <p>A presente atividade representa uma adaptação do Futebol 11. São feitas duas equipas e a cada cliente é dada uma vassoura. O objetivo é o mesmo que no Futebol 11, i.e., marcar golos na baliza adversária, no entanto, apenas as vassouras podem tocar na bola. Não pode haver contacto direto. Partida dividida em duas partes de 5 minutos, com um intervalo de 2 minutos.</p>	<p>- Melhorar a capacidade aeróbia;</p> <p>- Desenvolver a noção de equipa;</p> <p>- Estimular a competitividade de forma saudável;</p> <p>- Desenvolver a motricidade global;</p>		<p>Vassouras, bola, duas balizas, quadro de pontuação, apito, caneta</p>	<p>Reforço verbal constante</p>	<p>Este tipo de atividades de competição despoleta nos clientes uma euforia e entusiasmo contagiante.</p> <p>Os clientes mostram algumas dificuldades no respeito pelas regras e o entusiasmo pela competição faz com que, por vezes, as quebrem.</p> <p>Ainda se notam também dificuldades em perceber a noção de equipa e cada cliente, ao receber a bola, tem o intuito de tentar diretamente o golo.</p> <p>No que diz respeito à condução de bola também é pouco visível,</p>

					sendo que os remates são o mais comum em todo o jogo.
<b>RETORNO À CALMA/ ALONGAMENTO</b>					
<p><b>Atividade 4: um retorno à calma</b></p> <p>Dispostos em círculo é pedido aos clientes que vão seguindo as instruções, e imitando as demonstrações feitas pela Psicomotricista. Com um tom calmo, a Psicomotricista vai demonstrando e verbalizando um alongamento estático de todos os grupos musculares. Numa segunda fase do retorno à calma é pedido aos clientes que se deitem nos colchões em decúbito dorsal e coloquem ambas as mãos na zona abdominal, e fechem os olhos. Seguindo as instruções, vão sentindo a sua respiração e concentrando-se apenas na voz da Psicomotricista, atingindo um estado de relaxamento e abandono, diminuindo a Fc, Fr e o tônus muscular. Tudo isto ao som de uma música calma. Finalmente, é pedido aos clientes que abram os olhos e vão “acordando” lentamente, espreguiçando-se, e sentando-se em círculo para que seja feito o Diálogo Final.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alongamento muscular;</li> <li>- Diminuição Fc;</li> <li>- Diminuição Fr;</li> <li>- Diminuição do tônus muscular;</li> </ul>		Colchões, Sistema de Som	<p>Reforço verbal constante e demonstração de uma execução perfeita de cada uma das tarefas de alongamento.</p> <p>Em alguns casos pode ser necessário um apoio físico parcial para aumentar o alongamento.</p>	<p>Os clientes, devido às suas características tipicamente hipertônicas e pouca flexibilidade, manifestam muitas dificuldades em todos os exercícios de alongamento.</p> <p>Na segunda fase do retorno à calma as maiores dificuldades surgem ao nível da concentração, sendo muito recorrente o abrir dos olhos e irrequietude.</p>
<b>DIÁLOGO FINAL</b>	Diálogo com os clientes acerca de como se sentiram no decorrer da sessão, qual a atividade que mais gostaram e qual a atividade que menos gostaram. Diálogo final com a Coordenadora acerca da reação do cliente à sessão e de possíveis adaptações nas atividades.				

## Anexo E - Plano Sessão TPMA

**Data: 12/10/2015**

**Sessão n.º 3**

**Duração: 45min**

**Área: Terapia Psicomotora em Meio Aquático**

**Participantes Ativos: Psicomotricista (estagiária), Ajudante de Reabilitação, Cliente**

**Participantes Passivos: Técnico Superior Atividade Física (Coordenadora C.A.O.)**

**Objetivos gerais**

- Promover o aumento da mobilidade articular (M.S. e M.I.) com função locomotora;
- Desenvolver o equilíbrio dinâmico;
- Desenvolver a capacidade respiratória e apneia;
- Desenvolver a capacidade de flutuação;

Atividades	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos/ Critérios de Êxito	Materiais	Estratégias	Observação do Comportamento
	Preparação dos materiais para a sessão; Diálogo inicial com o Técnico Sup. de Atividade Física (Coordenadora) acerca dos objetivos a trabalhar na sessão.				
EXPLORAÇÃO INICIAL – Adaptação ao Meio Aquático					
Atividade 1: Entrada gradual na piscina e volta de reconhecimento do espaço. Exploração livre dos materiais que serão utilizados ao longo da sessão.	Exploração inicial do espaço e adaptação ao meio aquático;  Exploração livre de objetos;		Flutuadores, bola, esparguetes.	Apoio físico parcial;  Reforço e feedback verbal constante;	Atividade realizada com ajuda física parcial. O cliente manifestou especial interesse pela bola, ignorando os restantes objetos. Apresenta movimentos recorrentes de “chapinhar” e saltar, manifestando entusiasmo

					excitação.
<b>PARTE FUNDAMENTAL</b>					
Atividade 2: “Vamos seguir a bola”. Com o estímulo de perseguir o movimento da bola o cliente deve percorrer a piscina em todo o seu comprimento com ambos os pés apoiados no chão e sem apoio.	- Desenvolver o equilíbrio dinâmico;	- O cliente deve ser capaz de percorrer 1 piscina com os pés apoiados no fundo, contrariando a inércia da água, sem apoio da psicomotricista, podendo desequilibrar-se apenas 2 vezes.	Bola	- Ajuda física parcial;  - Reforço e feedback verbal constante;	Realizou com ajuda física parcial. O entusiasmo e excitação fazem com que dê saltos constantes e perca o equilíbrio. Aliado ao objetivo motor, esta tarefa também pretende desenvolver a capacidade de concentração e manutenção na tarefa.
Atividade 3: “Vamos bater os pés”. Deitado em decúbito dorsal, com o apoio físico parcial da psicomotricista e de um flutuador na zona dorsal, o cliente deve percorrer a piscina efetuando o batimento dos M.I.	- Desenvolver o equilíbrio dinâmico;  - Promover o aumento da mobilidade articular (M.S. e M.I.) com função locomotora;	- O cliente deve ser capaz de efetuar o movimento de batimento de pernas em decúbito ventral, com alternância e apenas com o apoio do esparguete na zona do tronco, percorrendo 1 piscina completa sem colocar os pés no chão;	Flutuador	- Ajuda física parcial;  - Reforço e feedback verbal constante;	O cliente apresenta uma necessidade de reforço verbal constante para manter a atenção na tarefa. Apresenta uma maior amplitude de movimento no M.I. direito. Sente-se entusiasmado com a presente atividade pelos respingos que o seu movimento proporciona.
Atividade 4: “Vamos soprar a bola”. De pé o cliente é incitado a soprar em direção a uma bola de pequenas dimensões que se encontra a flutuar, com o objetivo de a movimentar ao longo de toda a piscina;	- Desenvolver a capacidade respiratória e apneia;	- O cliente deve ser capaz de soprar a água, expirando e fazendo movimentar uma bola de pequenas	Bola	- Demonstração;  - Reforço verbal constante;	O cliente manifestou alguma tendência a apanhar o objeto com a mão ao invés de o fazer movimentar através da respiração. Mostrou sempre necessidade de demonstração em primeiro lugar pela psicomotricista e só depois

		dimensões, não longo de toda a dimensão da piscina;			realizava a tarefa. Muitas das vezes brincava com a situação fazendo ruídos inapropriados.
Atividade 5: “Vamos flutuar” – Em decúbito dorsal, com o apoio dos flutuadores, o cliente deve ser capaz de manter uma flutuação estática.	- Desenvolver a capacidade de flutuação;	- O cliente deve ser capaz de se manter em flutuação, em decúbito dorsal, com o apoio de 2 esparguetes, na zona do tronco e na zona dos joelhos, sem apresentar desequilíbrios laterais, durante pelo menos 1 minuto;	Dois esparguetes	- Ajuda física parcial  - Reforço verbal	O cliente manifestou dificuldade em ficar imóvel fazendo movimentos com os M.S. e M.I.. Quando se conseguiu que permanecesse imóvel durante alguns segundos apresentou sempre uma tendência a rodar sobre o próprio eixo para o lado esquerdo, afundando.
<b>RETORNO À CALMA/ ALONGAMENTO</b>					
Atividade 6: Mobilização Passiva e Relaxamento. Na posição horizontal dorsal, com apoio curto e médio, a psicomotricista realiza vários exercícios de mobilização passiva: Canoa (deslize), Boneco de Trapos (com oscilações no plano horizontal), Oscilações (no plano vertical) e Flutuação com turbulência.	Diminuição do tônus muscular;			- Reforço verbal constante	O cliente apresenta alguma resistência à passividade querendo sempre movimentar os M.S. e M.I. com o objetivo de movimentar a água. Após alguns minutos consegue acalmar e deixa a psicomotricista efetuar os movimentos de mobilização, acabando por abandonar totalmente e relaxar até adormecer.
SAÍDA DA PISCINA E DIÁLOGO FINAL	Diálogo final com a Coordenadora acerca da reação do cliente à sessão e de possíveis adaptações nas atividades.				

## Anexo F – Plano Sessão Estimulação Multissensorial/Snoezelen

**Sessão nº: 4**

**Data: 21/10/2015**

**Duração: 45min**

**Área: Estimulação multissensorial/ Snoezelen**

**Participantes Ativos: Psicomotricista (estagiária), Ajudante de Reabilitação, Clientes Grupo de Maior Autonomia**

**Participantes Passivos: Técnico Superior Atividade Física (Coordenadora C.A.O.)**

### Objetivos gerais

- Promover a noção corporal;
- Desenvolver o sentido tátil;
- Desenvolver o sentido auditivo;

Atividades	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos/ Critérios de Êxito	Materiais	Estratégias	Observação do Comportamento
------------	------------------	--	-----------	-------------	-----------------------------

**Preparação dos materiais para a sessão; Diálogo inicial com o Técnico Sup. de Atividade Física (Coordenadora) acerca dos objetivos a trabalhar na sessão.**

### EXPLORAÇÃO INICIAL

<b>Atividade 1: Exploração inicial e livre do espaço e materiais</b>  <b>Todos os materiais que serão utilizados ao longo da sessão estão dispostos no espaço e é pedido aos clientes que façam uma exploração livre dos mesmos.</b>	Exploração inicial do espaço;  Exploração livre dos materiais dispostos na sala;		Colchões, Colunas de Água, Fibras Óticas, Minibolas de estimulação, Puf, Baloço, Projetor Espacial; Caixa dos Sentidos com materiais diversos	- Produção divergente e descoberta guiada através de reforço verbal constante;	Os clientes manifestam uma tendência para explorar o colchão das massagens, o baloço e as fibras óticas, em detrimento dos restantes materiais.
--	--	--	---	--	---



Parte Fundamental					
<p><b>Atividade 2: vamos conhecer o nosso corpo</b></p> <p>A cada cliente é dada uma minibola de estimulação e é-lhes pedido que, após instrução verbal da Psicomotricista, toquem com essa mesma bola na parte do corpo indicada (e.g. cabeça, joelho, pé, mão, nariz, entre outros). Numa segunda fase da atividade é pedido aos clientes que façam a mesma coisa mas no corpo de um colega.</p>	<p>- Promover a noção corporal;</p>	<p>- Os clientes devem ser capazes de tocar com a bola de textura nas partes do corpo indicadas pela psicomotricista, acertando pelo menos 3 das 5 tentativas;</p>	<p>Colchões e minibolas de estimulação;</p>	<p>- Ajuda física parcial;</p> <p>- Reforço e feedback verbal constante;</p>	<p>Grande parte dos clientes mostra conhecer os nomes das diferentes partes do corpo manifestando maior facilidade na identificação no seu próprio corpo, e maiores dificuldades em identificar os segmentos no corpo do outro. Joelhos, cotovelos, tornozelos, pescoço e pulsos são os segmentos onde apresentam maiores dificuldades.</p>
<p><b>Atividade 3: A caixa dos sentidos</b></p> <p>Dentro de uma caixa de cartão com um buraco em um dos lados encontram-se diversos objetos (bola, garrafa de água, mola da roupa, carrinho, escova de dentes, lego, caneta, comando da televisão). É pedido aos clientes que coloquem a mão dentro da caixa e identifiquem apenas pelo toque em que objeto estão a tocar.</p>	<p>- Desenvolver o sentido tátil;</p>	<p>- Os clientes devem ser capazes de identificar os objetos dentro da Caixa dos Sentidos, sem olhar, acertando pelo menos 3 dos 5 objetos;</p>	<p>Caixa dos Sentidos e Objetos Diversos;</p>	<p>- Reforço e feedback verbal constante;</p>	<p>Os clientes mostram sempre uma tendência para espreitar o interior da caixa dos sentidos ao invés de tentar identificar o objeto pelo tato. Apenas dois dos clientes foram capazes de identificar todos os objetos dentro da caixa dos sentidos. Os restantes apenas identificaram a bola, escova de dentes e o carrinho, sendo estes os objetos com os quais contactam mais no seu dia-a-dia.</p>
<p><b>Atividade 4: que som é este?</b></p> <p>Com o recurso ao sistema de som, a Psicomotricista coloca a tocar diversos sons do dia-a-dia (e.g. chuva, vento, pássaros, multidão, carros, sons de animais, entre outros) e pede aos clientes que identifiquem os sons que estão a ouvir. Numa segunda fase é-lhes pedido que</p>	<p>- Desenvolver o sentido auditivo;</p>	<p>- Os clientes devem ser capazes de identificar os sons e dizer o que representam para eles, acertando pelo menos 3 das 5 tentativas;</p>	<p>Sistema de Som, Gravação Sons</p>	<p>- Reforço e feedback verbal constante;</p>	<p>Os clientes mostraram facilidade em identificar os diferentes sons. No entanto, na segunda parte da atividade já tiveram algumas dificuldades em conseguir enumerar fases do seu quotidiano nas quais ouviram os diferentes sons. O vento e a chuva foram os sons no quais</p>

digam em que altura do seu dia costumam ouvir o som enunciado.					manifestaram mais dificuldades.
<b>Atividade 5: que cheiro é este?</b>  É pedido a todos os clientes que fechem os seus olhos e permaneçam sentados nos colchões. A Psicomotricista vai expondo aos clientes diferentes recipientes com diversos odores.	- Identificar os cheiros;	- Os clientes devem ser capazes de identificar os diferentes cheiros, acertando pelo menos 2 das 4 tentativas;	Recipientes com canela, pimenta e vinagre;	- Reforço e feedback verbal constante;	Esta foi talvez a atividade da sessão onde os clientes manifestaram mais dificuldades. Talvez o facto de os cheiros apresentados não estarem muito presentes no seu quotidiano, os clientes não conseguiram identificar cheiros como a canela e a pimenta. O vinagre foi o odor mais facilmente identificável.

#### Retorno à Calma/Alongamento

<b>Atividade 6:</b>  A presente atividade tem um carácter individualizado sendo que cada um dos 5 clientes do grupo de maior autonomia vai para uma estação da sala de <i>snoezelen</i> (colchão das massagens, baloiço, puf, colchão da via láctea) e coloca-se em decúbito dorsal. Com uma música calma, a Psicomotricista vai dando indicações sobre que partes do corpo contrair e relaxar, e sobre que movimentos realizar, com o intuito de diminuir o tónus muscular e atingir um estado de relaxamento.	- Diminuição do tónus muscular;	- Os clientes devem ser capazes de seguir as indicações da Psicomotricista;	Colchão das massagens, baloiço, puf, colchão da via láctea, colunas de água, sistema de som, projetor espacial.	- Reforço verbal constante;  - Instrução clara;	Esta atividade levou a um abandono total por parte da maioria dos clientes, que acabaram por adormecer.  Manifestaram-se algumas dificuldades na alteração dos estados de contração e relaxamento dos diferentes segmentos.
<b>Diálogo Final</b>	Diálogo final com a Coordenadora acerca da reação do cliente à sessão e de possíveis adaptações nas atividades.				

## Anexo G – Plano de Sessão Expressão e Movimento

Plano de Sessão		Data: 27/10/2015 Hora: 14h Local: Salão Principal Sociedade Freguesia dos Terreiros Duração: 90 minutos
<p>Projeto “Movimento e Luz” em parceria com O Farol - CAO Sessão nº 1 Área: Oficina Expressão e Movimento Subárea: Expressão Corporal e Dança Contemporânea Caracterização da população alvo: Clientes O Farol-CAO e clientes CAO de Velas Estilos de ensino: Descoberta Guiada e Produção Divergente Objetivos Gerais: explorar o corpo em movimento; desenvolver a noção corporal; desenvolver a estruturação espaciotemporal; desenvolver a capacidade de expressão das emoções de forma não-verbal; desenvolver a noção de ritmo, desenvolver a capacidade de memorização. Organização da Sessão: introdução e ativação geral (1 atividade – 15 min.), desenvolvimento (4 atividades – 60 min.), retorno à calma (1 atividade e diálogo final – 15min.).</p> <p>Observações: A entreaajuda entre clientes com maior e menor grau de autonomia é fundamental para o decorrer da sessão</p>		

Diálogo Inicial – Em primeiro lugar a Psicomotricista deve perguntar aos participantes como se sentem (se dormiram bem, se comeram bem e se sentem bem-dispostos), e o que esperam da sessão. De seguida, deve fazer um breve resumo de todas as atividades que vão ser feitas na sessão e dos objetivos que irão ser trabalhados.

Ativação Geral: 15 minutos					
Atividades	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos/ Critérios de Êxito	Materiais	Estratégias	Observação de Comportamento
Atividade 1: O nosso corpo no espaço  É pedido aos clientes que andem livremente pelo espaço, em diferentes direções. Em primeiro lugar é-lhes pedido que cada vez que se cruzem com um colega mudem a direção, de seguida é-lhes pedido que cada vez que se cruzem com um colega o cumprimentem com diferentes partes do corpo. Numa segunda parte da Atividade de Ativação, consoante as indicações verbais da Psicomotricista os clientes vão alterando a sua forma de	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar o corpo em movimento;</li> <li>- Desenvolver a noção de lateralidade;</li> <li>- Potenciar uma melhoria na coordenação dos diferentes membros;</li> <li>- Desenvolver a estruturação espaciotemporal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os clientes devem ser capazes de seguir as indicações da Psicomotricista, mantendo o foco da sua atenção na tarefa proposta;</li> <li>- Os clientes devem ser capazes de distinguir os M.S. e M.I. direitos dos esquerdos;</li> </ul>	Colunas; Ipad com Playlist de Orquestrada	É necessária uma parceria e entreaajuda entre os clientes e funcionários, bem como entre os clientes com maior e menor autonomia; Deve haver sempre uma demonstração física por parte da Psicomotricista bem como um reforço verbal constante e feedback positivo.	Nesta primeira atividade de cada sessão os clientes manifestavam sempre um clima de vergonha e inibição, que se ia dissipando ao longo da atividade. Dentro do grupo de clientes com maior grau de autonomia verificam-se algumas dificuldades na manutenção da atenção e pouco tempo de permanência na tarefa. Por se encontrarem num

locomoção (mais rápido, mais devagar, frente/trás, dir./esq., nível superior, nível inferior, entre outras).

espaço físico novo e com outros clientes com os quais não estavam habituados a conviver diariamente, as distrações e entusiasmos eufóricos foram também recorrentes. A apresentaram-se também visíveis muitas dificuldades na lateralidade, noção do corpo e estruturação espaciotemporal. A entreaajuda foi sem dúvida um dos pontos fortes a destacar nesta atividade.

Fase Fundamental: 60 minutos

Atividades	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos/ Critérios de Êxito	Materiais	Estratégias	Observação do Comportamento
<p>Atividade 2: Qual é a emoção?</p> <p>Os participantes encontram-se sentados em círculo no centro da sala. A Psicomotricista apresenta diferentes cartões com diferentes imagens representativas de emoções e pede-lhe, primeiramente em conjunto e depois individualmente, que identifiquem qual a emoção presente em cada cartão.</p>	<p>- Desenvolver a capacidade de identificar as diferentes emoções e verbalizá-las;</p>	<p>- Os clientes devem ser capazes de identificar pelo menos 2 das 4 emoções apresentadas pela Psicomotricista;</p>	<p>Cartões com emoções</p>	<p>Uma instrução clara e concisa por parte da Psicomotricista é fundamental no decorrer da atividade;</p> <p>Deve haver um reforço verbal constante e feedback positivo;</p>	<p>Numa primeira fase da atividade os clientes manifestaram algum constrangimento em exteriorizar aquilo que pensavam ser a emoção apresentada no cartão.</p> <p>Foram manifestadas tendências para exteriorizar apenas as emoções negativas (e.g.: medo, raiva, tristeza), sendo que as positivas foram todas descritas como felicidade.</p>
<p>Atividade 3: O meu corpo mostra o que sente</p> <p>Os participantes encontram-se sentados em roda no centro do Estúdio. A Psicomotricista pede-lhes, individualmente, que representem uma emoção escolhida por ela, de forma a que os pares a consigam identificar. Numa segunda fase da atividade, e andando livremente pelo espaço, é</p>	<p>- Desenvolver a capacidade de expressão das emoções de forma não-verbal;</p>	<p>- Os clientes devem ser capazes de representar pelo menos 1 das 2 emoções dadas pela Psicomotricista, de forma a que os restantes clientes a identifiquem;</p>		<p>Caso os participantes se sintam inibidos a realizar a atividade individualmente podem ser-lhes dadas duas opções: realizar a atividade em parceria com a Psicomotricista, ou realizar a mesma em parceria com outro elemento do grupo.</p>	<p>Os clientes evidenciaram dificuldades em responder aos comandos da Psicomotricista pelo que se tornou necessário recorrer a uma das estratégias antecipadas e inserir algumas funcionárias e a própria Psicomotricista na formação das parcerias. No entanto, a inibição inicial foi substituída por uma motivação e entusiasmo, sempre reforçada por feedbacks verbais constantes.</p>

pedido que manifestem na sua forma de locomoção as diferentes emoções que a Psicomotricista vai verbalizando (felicidade, tristeza, medo, desconfiança, euforia, entre outras).				O reforço verbal e demonstração são fundamentais.	
Atividade 4: Temos um coração elástico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a noção corporal;</li> <li>- Desenvolver o conceito de lateralidade;</li> <li>- Desenvolver a estruturação espaciotemporal;</li> <li>- Desenvolver a capacidade de criação coreográfica;</li> <li>- Desenvolver a capacidade de memorização;</li> <li>- Desenvolver a capacidade criativa e de improvisação;</li> </ul>		<p>Colunas</p> <p>Ipad com Música "Sia – Elastic Heart"</p> <p>Cadeiras</p> <p>Elástico</p> <p>Candeeiros</p>	<p>A peça coreográfica pretende representar um momento mágico de movimento e luz tentando passar a mensagem de que todos temos um coração suficientemente "elástico" para abraçar o mundo inteiro, com ou sem necessidades especiais de apoios.</p> <p>É importante a demonstração física da Psicomotricista durante todos os momentos da peça, bem como um reforço verbal constante.</p>	<p>A capacidade de memorização, coordenação dos diferentes segmentos e entusiasmo na coreografia foi surpreendente.</p> <p>Todos os clientes exteriorizaram uma alegria imensa em interpretar a peça coreográfica em causa. A capacidade rítmica e estruturação espaciotemporal foram outras duas componentes trabalhadas e a resposta dos clientes foi muito positiva.</p> <p>Importa destacar também a interação quase natural que se sentiu desde a primeira sessão entre os clientes de ambas as Instituições.</p>
Retorno à calma: 10 minutos					
Atividade	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos/ Critérios de Êxito	Materiais	Estratégias	Observação do Comportamento
<p>Atividade 5: Retorno à calma, Relaxamento e alongamento</p> <p>Seguindo as indicações da Psicomotricista os participantes devem deslocar-se pelo espaço ao ritmo da música movimentando os diferentes segmentos corporais à medida que vão sendo enunciados. Diminuindo cada vez mais a amplitude de movimento devem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir o ritmo cardíaco;</li> <li>- Diminuir o tônus muscular;</li> <li>- Desenvolver a consciência dos diferentes segmentos corporais como a parte de um todo;</li> </ul>		<p>Colunas</p> <p>Ipad com Playlist de Sia.</p>	<p>Ao longo de toda a atividade deverá haver uma demonstração física por parte da Psicomotricista e um reforço verbal constante. Instruções claras e com uma voz suave e tranquila também são preponderantes para</p>	<p><b>A excitação resultante de toda a sessão fez com que fosse difícil entrar num clima de retorno à calma e tranquilidade. Os primeiros 5 minutos desta parte final da sessão foram caracterizados por uma onde de exaltação e colocação de dúvidas em relação à coreografia. Quando finalmente conseguiram acalmar, na sua maioria, os clientes foram capazes de seguir as indicações e demonstrações da Psicomotricista, cumprindo os objetivos previamente estipulados.</b></p>

sentar-se num círculo. De seguida será feito um alongamento dos M.S., M.I., tronco e pescoço. Numa fase final é pedido aos participantes que se deitem em decúbito dorsal e coloquem as mãos sobre a sua barriga, com os olhos fechados. Numa última fase do retorno à calma, os clientes devem guiar-se apenas pela voz da Psicomotricista que lhes vai dando indicações de que parte do corpo movimentar e incidir. Novamente seguindo as indicações, devem despertar, espreguiçar e sentar ao seu tempo.

o desenrolar da atividade de retorno à calma.

Diálogo Final – Sentados em círculo a Psicomotricista pergunta como se sentiram, se gostaram ou não, qual a atividade em que se sentiram menos à vontade e qual gostaram mais. Fala sobre os pontos ainda a melhorar na composição coreográfica e sobre as atividades da próxima sessão.



## Anexo H – Plano Sessão IPM - Estudo de Caso

Sessão nº: 30

Data: 4/02/2016

Duração: 1h

Área: Intervenção Psicomotora em Contexto de Ginásio (Individual)

Participantes Ativos: Psicomotricista (estagiária) e cliente

<b>Objetivos gerais</b> - Desenvolver a autonomia na mobilidade; - Desenvolver a orientação no espaço, com recurso à bengala, o mais autonomamente quanto possível; - Desenvolver o ultrapassar de obstáculos de grandes dimensões; - Desenvolver a capacidade de abrir e fechar portas; - Desenvolver a motricidade fina; - Fortalecer músculos adutores e posteriores da coxa; <b>Objetivos Específicos</b> - O R. deve ser capaz de se movimentar, autonomamente, pelas instalações do CAO, com recurso à bengala; - O R. deve ser capaz de reconhecer um obstáculo, e ultrapassá-lo, com recurso à bengala; - O R. deve ser capaz de abrir e fechar uma porta, autonomamente; - O R. deve ser capaz de realizar encaixes simples; - O R. deve ser capaz de sustentar uma bola com peso entre os joelhos, na posição sentada, sem deixá-la cair, durante pelo menos 3 minutos; - O R. deve ser capaz de fazer abdução dos M.I. com banda elástica colocada acima do joelho, mantendo a abdução durante pelo menos 10 segundos, na posição de pé, com apoio; - O R. deve ser capaz de fazer flexão da perna, com caneleira com peso (1,5Kg), em decúbito ventral, pelo menos 10 repetições, sem descanso;					
<b>Atividades</b>	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos/ Critérios de Êxito	Materiais	Estratégias	Observação do Comportamento
<b>Preparação dos materiais para a sessão; Diálogo inicial com o Técnico Sup. de Atividade Física (Coordenadora) acerca dos objetivos a trabalhar na sessão.</b>					
<b>EXPLORAÇÃO INICIAL</b>					
<b>Atividade 1: Colocar ao dispor do cliente todos os materiais que irão ser utilizados ao longo da sessão e deixá-lo explorá-los livremente, com incentivo de descoberta guiada e ajuda física parcial por parte da Psicomotricista.</b>	Explorar e manipular objetos;		Caixa com tampa; bolas de vários tamanhos, texturas e pesos; objetos com diferentes texturas, cheiros e pesos;		Atividade realizada com ajuda física parcial. Manifesta interesse particular pelas bolas de textura durante cerca de 1 minutos e depois abandona o objeto; Os maneirismos em ambas as mãos são ainda frequentes.
<b>Parte Fundamental</b>					
<b>Atividade 2: Vamos ultrapassar o obstáculo</b>	O R. deve ser capaz de ultrapassar os obstáculos	O cliente deve conseguir ultrapassar os três obstáculos	Barras paralelas; Bengala; 2	- Feedback tátil e verbal - Ajuda física	O cliente realizou a primeira tarefa da atividade sem qualquer dificuldade, ultrapassa os módulos

	colocados a cerca de 20 cm do chão, apenas com o auxílio das barras paralelas;  O R. deve ser capaz de reconhecer um obstáculo, e ultrapassá-lo, com recurso à bengala;	colocados no percurso das barras paralelas, de forma autónoma, e apenas com o recurso às barras; O cliente deve ser capaz de ultrapassar 2 dos 5 obstáculos colocados no seu percurso, apenas com recurso à bengala e aos M.S.;	cadeiras; 1 mesa; 3 módulos de plástico (20cm);	parcial	colocados no percurso das barras com facilidade. Em algumas alturas sobe o obstáculo e depois desce, ao invés de o ultrapassar apenas. Na segunda tarefa da atividade o cliente já apresenta maiores dificuldades. Tem tendência a parar quando encontra um obstáculo e ficar à espera que alguém o vá orientar. Em uma das tentativas, após cerca de 7min parado junto ao obstáculo, com recurso aos M.S. conseguiu contorná-lo.
<b>Atividade 3: Vamos abrir e fechar portas.</b> O cliente é colocado em contacto com uma porta e é-lhe demonstrado como abrir e fechar a mesma. De seguida é-lhe sugerido, através de reforço tátil e verbal, que o faça autonomamente.	O R. deve ser capaz de abrir e fechar uma porta, autonomamente;	O cliente deve ser capaz de realizar o movimento de rotação da maçaneta e abertura da porta em pelo menos 2 das 3 tentativas; O cliente deve ser capaz de abrir a porta, ultrapassá-la e fechá-la, apenas com apoio físico parcial da Psicomotricista, em 2 das 3 tentativas;	Porta	Ajuda física parcial Reforço tátil e verbal	Realizou a primeira parte da tarefa sem dificuldades, abrindo a porta em todas as 3 tentativas efetuadas; Na segunda tarefa da atividade mostrou alguma resistência abrindo a porta mas ficando à espera da orientação da Psicomotricista para realizar a passagem e fecho da porta.
<b>Atividade 4: Vamos fazer encaixes.</b> Ao cliente, sentado numa mesa, é dado uma tábua de encaixes de madeira com 4 peças de diferentes tamanhos, todas elas com uma pega adaptada.	O R. deve ser capaz de realizar encaixes simples;	O cliente deve ser capaz de encaixar pelo menos 2 das 4 peças, com ajuda física parcial;	Mesa, cadeira e Tábua de Encaixes.	Ajuda física parcial Reforço tátil e verbal	O cliente manifesta alguma dificuldade em perceber o que tem de fazer com as peças; Faz a preensão das mesmas, e com a outra mão toca a tábua de encaixe mas ainda não mostra a iniciativa de procurar o encaixe correto. Realizou a atividade mas sempre com apoio físico parcial.
<b>Atividade 5: Fortalecer os músculos</b> O cliente deve estar sentado na marquesa com os M.I. fletidos a fazer um ângulo de 90° entre perna e coxa. Numa primeira fase deve ser capaz de suportar a minibola entre os joelhos, sem deixar cair; numa segunda fase deve ser capaz de manter a abdução dos M.I. com banda elástica colocada acima dos joelhos.	Fortalecer músculos adutores e posteriores da coxa;	O cliente deve ser capaz de suportar a minibola entre os joelhos durante pelo menos 3 minutos, sem deixar cair e sem utilizar os M.S.; O R. deve ser capaz de fazer abdução dos M.I. com banda elástica colocada	Marquesa, Minibola com peso, banda elástica de força média; caneleiras (1,5Kg)	- Ajuda física parcial - Feedback tátil	O cliente realiza a primeira tarefa da atividade sem dificuldade e sem apresentar resistência; Em relação à segunda tarefa (banda elástica) manifesta algum desconforto e realiza normalmente uma transferência de peso entre os M.I., diminuindo o grau da abdução e consequentemente a tensão da banda elástica; Finalmente, a terceira tarefa da atividade em

		<p>acima do joelho, mantendo a abdução durante pelo menos 10 segundos, na posição de pé, com apoio;</p> <p>O R. deve ser capaz de fazer flexão da perna, com caneleira com peso (1,5Kg), em decúbito ventral, pelo menos 10 repetições, sem descanso;</p>			<p>causa é realizada apenas com apoio físico parcial da Psicomotricista que incentiva o início do movimento, sendo este depois completo de forma autônoma pelo cliente.</p>
<b>Retorno à Calma/Alongamento</b>					
<p><b>Atividade 6: com o recurso à bola suíça e à marquesa a Psicomotricista efetua uma mobilização passiva da musculatura dos M.I., M.S., tronco e cervical.</b></p>	Alongamento muscular;		Marquesa; Bola Suíça		<p>O cliente manifesta algum desconforto ao alongar a musculatura interna e posterior da coxa, fazendo força contra o movimento da Psicomotricista. Em relação a todos os restantes alongamentos apresenta uma postura passiva. É importante que, devido às limitações sensoriais do cliente, o toque seja algo gradual e que, apesar do cliente apresentar um diagnóstico de Surdez apresentando alguns níveis de audição em alguns períodos indiscriminados, todos os movimentos sejam sempre acompanhados de feedback verbal.</p>
<b>DIÁLOGO FINAL</b>	Diálogo final com a Coordenadora acerca da reação do cliente à sessão e de possíveis adaptações nas atividades.				

## Anexo I – Plano Sessão Projeto Intervenção (1ª Fase)

Plano de Sessão					
Data: A definir					
Hora: A definir					
Local: Ginásio AACCCNEE					
Duração: 60 minutos					
Psicomotricista/Professora de Dança: Ana Soares					
Projeto Corpo em Movimento: um meio de comunicação – Primeira Fase					
Sessão nº 1					
Área: Oficina Corpo em Movimento: Um Meio de Comunicação					
Subárea: Dançoterapia					
Caracterização da população alvo: Prestador(es) de Cuidado(s)					
Estilos de ensino: Descoberta Guiada e Produção Divergente					
Objetivos Gerais: explorar o corpo em movimento; desenvolver a noção corporal; desenvolver a estruturação espaciotemporal; desenvolver a capacidade de expressão das emoções de forma não-verbal;					
Organização da Sessão: introdução e ativação geral (1 atividade – 10 min.), desenvolvimento (4 atividades – 40 min.), retorno à calma (1 atividade e diálogo final – 10min.).					
Observações: sendo a primeira sessão é normal haver uma passividade e sentimento de vergonha por parte dos participantes pelo que todas as atividades devem ser previamente explicadas de forma clara					
Diálogo Inicial – Nesta primeira fase a Psicomotricista deve perguntar aos participantes como se sentem (se dormiram bem, se comeram bem e se sentem bem-dispostos), e o que esperam da sessão. De seguida, deve fazer um breve resumo de todas as atividades que vão ser feitas na sessão e dos objetivos que irão ser trabalhados. Deve também explicar que numa primeira sessão as atividades serão todas de exploração para que todos se comecem a sentir à vontade com o movimento do seu próprio corpo. Visto ser a primeira sessão todas as atividades devem seguir uma linha de descoberta guiada em que a Psicomotricista dá instruções claras acerca do que é pedido, mas também lhe dá abertura criativa para se expressarem.					
Ativação Geral: 10 minutos					
Atividades	Descrição da Atividade	Objetivos	Organização espacial	Materiais	Observações
Atividade 1: vamos explorar o nosso corpo no espaço	É pedido aos participantes que andem livremente pela sala, em diferentes direções. Em primeiro lugar é-lhes pedido que cada vez que se cruzem com outra pessoa mudem a direção, de seguida é-lhes pedido que cada vez que se cruzem com outra pessoa a cumprimentem com diferentes partes do corpo. Numa segunda parte da atividade, e consoante as indicações verbais e demonstrações físicas da Psicomotricista, os participantes vão alterando a sua forma de locomoção (mais rápido, mais devagar, frente/trás, dir./esq., nível superior, nível inferior, entre outras).	<ul style="list-style-type: none"><li>- Explorar o corpo em movimento;</li><li>- Desenvolver a noção de lateralidade;</li><li>- Potenciar uma melhoria na coordenação dos diferentes membros;</li><li>-Desenvolver a estruturação espaciotemporal</li></ul>	Livre	Colunas; Ipad com Playlist de Boniver	É possível que, sendo a atividade inicial da 1ª sessão, os participantes se sintam inibidos, sendo necessária uma demonstração física por parte da Psicomotricista; A complexificação gradual das instruções é outra estratégia que deve ser utilizada para quebrar a barreira inicial do receio e da vergonha de exposição.

Fase Fundamental: 40 minutos					
Atividades	Descrição da Atividade	Objetivos	Organização espacial	Materiais	Observações
Atividade 2: um todo constituído por partes	A Psicomotricista vai enunciando diferentes partes do corpo e os participantes apenas podem movimentar esses mesmos segmentos, ao ritmo da música (eg. Braço direito, polegar esquerdo, bochechas, cabeça, mão esquerda, entre outros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar o corpo em movimento;</li> <li>- Desenvolver a noção corporal;</li> <li>- Desenvolver a noção de ritmo;</li> </ul>	Livre	Colunas Ipad com Playlist de Boniver + Playlist Danças Ocultas	A demonstração física por parte da Psicomotricista durante toda a atividade, bem como o reforço verbal constante são duas estratégias que podem ajudar na diminuição da inibição por parte dos participantes.
Atividade 3: o nosso corpo lidera o movimento	A Psicomotricista vai enunciando diferentes partes do corpo (eg. Cotovelo direito, pé esquerdo, cabeça;) e os participantes devem deixar que seja essa parte do corpo a liderar o movimento, i.e., como se existisse um fio imaginário ligado apenas a essa parte do corpo que o puxasse em diferentes direções.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar o corpo em movimento;</li> <li>- Desenvolver a noção corporal;</li> <li>- Desenvolver a estruturação espaciotemporal;</li> </ul>	Livre	Colunas Ipad com Playlist de Boniver	A demonstração física por parte da Psicomotricista durante toda a atividade, bem como o reforço verbal constante são duas estratégias que podem ajudar na diminuição da inibição por parte dos participantes.
Atividade 4: adivinha o que estou a sentir.	Os participantes encontram-se sentados em círculo. A Psicomotricista pede que, individualmente, e sem verbalizar ou fazer qualquer tipo de som, interpretem e representem uma emoção escolhida pelos próprios, de forma a que os restantes elementos a consigam identificar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a capacidade de expressão das emoções de forma não-verbal;</li> </ul>	Em círculo	5	Caso os participantes se sintam inibidos a realizar a atividade individualmente podem ser-lhes dadas duas opções: realizar a atividade em parceria com a Psicomotricista, ou realizar a mesma em parceria com outro elemento do grupo. O reforço verbal e demonstração por parte da Psicomotricista são fundamentais.
Retorno à calma: 10 minutos					
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos	Organização Espacial	Materiais	Observações
Atividade 5: Retorno à calma, Relaxamento e alongamento	Seguindo as indicações da Psicomotricista os participantes devem deslocar-se pelo espaço ao ritmo da música movimentando os diferentes segmentos corporais à medida que vão sendo enunciados. Diminuindo cada vez mais a amplitude de movimento devem sentar-se num círculo. De seguida será feito um alongamento dos M.S., M.I., tronco e pescoço. Numa fase final é pedido aos participantes que se deitem em decúbito dorsal e coloquem as mãos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir o ritmo cardíaco;</li> <li>- Diminuir o tónus muscular;</li> <li>- Desenvolver a consciência dos diferentes segmentos corporais como a parte de um todo;</li> </ul>	Em círculo	Colunas Ipad com Playlist de Boniver	Ao longo de toda a atividade deverá haver uma demonstração física por parte da Psicomotricista.

	sobre a sua barriga, com os olhos fechados. Numa última fase do retorno à calma, os participantes devem guiar-se apenas pela voz da Psicomotricista que lhes vai dando indicações de que parte do corpo movimentar e incidir. Novamente seguindo as indicações, devem despertar, espreguiçar e sentar ao seu tempo.				
Diálogo Final – Sentados em círculo, a Psicomotricista pergunta como se sentiram, se gostaram ou não, qual a atividade em que se sentiram menos à vontade e qual gostaram mais. Fala sobre os objetivos trabalhados nesta primeira sessão e na sua continuidade.					



## Anexo J – Caracterização dos Clientes

<b>Clientes</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Valência</b>
<b>B.</b>	M.	23	Hidrocefalia e Epilepsia	CAO + Lar Residencial
<b>C.</b>	F.	30	Síndrome de West	CAO
<b>C.F.</b>	F.	22	Microcefalia + Hipotonia Congénita + Perturbação da Linguagem	CAO
<b>M.</b>	M.	22	Hemimegalencefalia + Perturbação do Espectro do Autismo	CAO
<b>R.</b>	M.	30	Trissomia 21 + Surdocegueira	CAO
<b>H.</b>	F.	24	Paralisia Cerebral	CAO
<b>V.</b>	M.	22		CAO
<b>J.</b>	F.	24	Perturbação do Espectro do Autismo	CAO
<b>N.</b>	M.	59	Perturbação do Desenvolvimento Intelectual	CAO
<b>I.</b>	F.	45	Perturbação do Desenvolvimento Intelectual	CAO
<b>C.I.</b>	F.	36	Epilepsia	CAO
<b>A.</b>	F.	40	Perturbação do Desenvolvimento Intelectual + Epilepsia	CAO
<b>F.</b>	M.	20	Mielomeningocelo	CAO
<b>E.</b>	M.	32	Perturbação do Desenvolvimento Intelectual	CAO + Lar Residencial
<b>D.</b>	M.	60	Perturbação do Desenvolvimento Intelectual	CAO
<b>M.</b>	M.	42	Perturbação do Desenvolvimento Intelectual	CAO
<b>J.</b>	M.	9	Perturbação do Desenvolvimento Intelectual	CAO